

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

251

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SAMA Henri

Né le 25 Février 1908, à Ploesti (Roumanie)

Etude statistique et analytique de 52 cas de pelvitomies pratiquées dans le service de M. le Docteur Le Lorier

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SAMA Henri

Né le 25 Février 1908, à Ploesti (Roumanie)

Etude statistique et analytique de 52 cas de pelvitomies pratiquées dans le service de M. le Docteur Le Lorier

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

LE DOYEN : M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.

PROUST.
 Léon BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CLERC.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 M. VILLARET.
 ACHARD.
 BEZANÇON.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 Léon BERNARD.
 MATHIEU.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtrie.
 BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARDETienne Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN .. Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING
 PETIT-DUTAILLIS. . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale
AUBERTIN	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale
BRULE	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale
CHIRAY	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale
DUVOIR	Clinique médicale.	METZGER	Clinique obstétricale
HARVIER	Clinique médicale.		
LIAN	Clinique médicale.		

MM.

BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE

*Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie*

Respectueux hommages pour
nous avoir fait le grand honneur
de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur LE LORIER
*Professeur agrégé de clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris*

Profonde gratitude et remer-
ciements pour avoir bien voulu
nous inspirer le sujet de cette
étude.

A Monsieur le Docteur A. FAIX

*Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours
Accoucheur et chef de la Maternité
Chirurgien des Hôpitaux*

Remerciements et respectueuse
gratitude pour l'intérêt qu'il nous
a toujours porté.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE TOURS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur et Madame S. M. ZAIT
mon oncle et ma tante

Reconnaissance pour les sacrifices qu'ils n'ont jamais cessé de faire pour moi et pour les conseils désintéressés qu'ils n'ont jamais cessé de me prodiguer.

A Monsieur et Madame F. GUILLET

Remerciements pour leur aide
bienveillante.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

ETUDE STATISTIQUE ET ANALYTIQUE DE 52 CAS DE PELVITOMIE

*Pratiquées dans le service de Monsieur le Docteur
Le Lorier*

Les seules opérations pelviennes pratiquées dans le service de Monsieur Le Lorier étant la symphysiotomie sous-cutanée suivant la technique de Zarate et l'hébstiotomie ou opération de Gigli, nous ne parlerons dans ce travail que de ces deux opérations.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs chapitres :

- 1) Description des techniques opératoires;
- 2) Observations;
- 3) Indications.

Après le chapitre consacré aux indications, nous montrerons en détail quels ont été les résultats obtenus et quelles sont les conclusions qu'on peut en tirer.

Nous tenons, avant de commencer ce travail, à remercier vivement Monsieur le Docteur Le Lorier pour avoir bien voulu mettre à notre disposition ses observations et nous guider de ses précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

PELVITOMIES

Définition : Les pelvitomies sont des opérations portant sur le bassin, dont le but est de l'agrandir temporairement et de permettre un accouchement (possible) par les voies naturelles, soit spontané, soit à l'aide du forceps, soit par manœuvres internes.

Classification : Les pelvitomies peuvent être divisées en deux groupes :

a) La symphysiotomie ou opération portant sur l'articulation de la symphyse pubienne;

b) L'hébstéotomie, ou hébotomie, ou opération de Gigli qui porte sur le corps osseux de l'un des pubis.

a) *Symphysiotomie.*

Comme nous l'avons déjà dit dans notre préface, dans le service de M. Le Lorier on ne pratique que la symphysiotomie sous-cutanée de Zarate. C'est donc cette opération que nous décrivons. Les temps de l'opération sont les suivants :

La malade, après lui avoir soigneusement désinfecté la région pubienne et ano-vulvaire, est placée en position obstétricale et anesthésiée.

Avec les doigts de la main gauche (index et médium) qui doivent rester pendant toute l'opération dans le vagin, on refoule (vers le côté droit ou gauche) l'urètre. Il est préférable d'introduire une sonde en caoutchouc avant de refouler l'urètre (Couvelaire, Zarate).

De la main droite, on doit repérer le bord supérieur de l'articulation et à environ un demi-centimètre en dessous, on enfonce bien perpendiculairement et toujours sur la ligne médiane la lame du bistouri jusqu'en son milieu environ (1).

Le bistouri, après avoir coupé dans le sens vertical — de haut en bas — les tissus sous-jacents, entre dans le cartilage. On incise ce cartilage (toujours dans le sens vertical) avec la pointe du bistouri à laquelle on imprime des oscillations ou un mouvement en zigzag. Il faut, naturellement, suivre la direction de la symphyse.

Lorsque le diastasis est fait, on entend ce que tous les auteurs nomment « le craquement osseux », crissement qui prend fin au moment où on arrive au contact du ligament arqué (ou « arcuatum »). Il ne

(1) Avec Michelon, pour plus de sûreté, nous pensons qu'il vaut mieux inciser à 1 cm. en dessous du bord supérieur de l'articulation, car, et nous citons textuellement : « Le ligament supérieur est, de tous les moyens de contention, le plus puissant. Il ne doit être que partiellement intéressé par la section et, c'est lui qu'il faut savoir convenablement inciser. Si la section de ce ligament est trop complète ou totale, alors on se rapproche des anciennes symphysiotomies et l'opération s'accompagne des mêmes accidents. (34)

faut pas produire un diastasis de plus de 30 mm., ce qui donne au diamètre antéro-postérieur un gain de 8 à 12 mm.

Si le ligament supérieur a été incomplètement sectionné, il est préférable de ne pas augmenter l'abduction, car, « souvent, la descente de la tête peut compléter l'écartement des deux pubis ». (Michelon.)

Soins post-opératoires. — Les soins à donner après l'accouchement (qui peut être spontané ou terminé par une extraction au forceps) sont les suivants :

Vérifier l'intégrité des organes urinaires.

Mettre une sonde à demeure (pour 2 ou 3 jours).

Rapprocher les cuisses au maximum.

Faire une revision utérine (si nécessaire) et toujours une exploration du vagin.

Fermer la plaie cutanée avec une agrafe ou des crins.

L'application d'un appareil de contention est inutile.

Cette opération est donc caractérisée par le fait que le ligament arqué est respecté et que le ligament supérieur étant « parcimonieusement » sectionné on crée un « frein » supérieur. Le ligament arqué étant respecté, il forme, d'après la juste remarque de M. Séguy, « un véritable bouclier » qui met à l'abri des lésions les organes situés sous la symphyse pubienne ou en arrière de celle-ci. De plus, grâce à cette technique, les deux surfaces articulaires sont en contact étroit (après l'opération) et on ne constate pas de pseudarthrose.

b) *Héboستéotomies.*

Gigli, en 1894, décrivit une nouvelle opération obstétricale, la pubiotomie (ce mot n'est pas correct, mais c'est sous cette dénomination que nous appellerons l'opération de Gigli), dans le but de remplacer la symphysiotomie par une opération non plus articulaire, mais osseuse.

La pubiotomie peut se faire soit à ciel ouvert, soit sous-cutanée. Nous ne décrivons que la pubiotomie sous-cutanée, celle que Monsieur Le Lorier pratique habituellement. La malade, après avoir reçu les soins d'usage (désinfection de la région pubienne et vulvaire) est mise en position obstétricale et anesthésiée (1). Normalement, cette anesthésie est bien supportée.

Avant l'opération on recherche les points de repère nécessaires : l'épine du pubis et la symphyse pubienne. Ces point de repère étant trouvés, on fait avec le bistouri une sorte de boutonnière (presque une piqure — Rossier) *au point d'introduction inférieur.*

Cette boutonnière est faite dans le but d'introduire le post-scie et se trouve à environ 3 cm. du bord inférieur du pubis.

On introduit le poste-scie et on a soin de le pousser droit jusqu'à ce qu'on soit arrivé à franchir l'aponévrose périnéale moyenne. Ceci fait, on fait monter

(1) L'anesthésie peut se faire soit au chlorure d'éthyle (7° observation) soit au chloroforme (18) soit au mélange de Schleich.

l'aiguille (il faut la redresser et la tenir bien fortement pour qu'elle ne dévie pas) en suivant le plan osseux postérieur qu'il est absolument nécessaire de suivre pour ne pas léser les organes voisins. L'aiguille est dirigée d'arrière en avant et de bas en haut (on traverse ainsi la paroi musculo-aponévrotique antérieure). La direction étant bonne, l'aiguille viendra en haut — un peu en dedans de l'épine pubienne — où elle fera une saillie. On ponctionne d'un coup de bistouri et l'aiguille se trouve libérée. Pour sectionner l'os, on introduit le fil-scie à la boutonnière supérieure et d'un coup assez ferme on la tire en bas. La scie étant en place (il est prudent d'ajouter un fil de bronze pour éviter qu'elle ne casse), on lui imprime quelques mouvements bien dirigés et assez forts et l'os est sectionné en quelques secondes.

Sitôt l'os sectionné, on procède à l'hémostase par un tamponnement rétropubien et prépubien. Cette hémostase ne dure généralement pas plus de cinq minutes.

Pour finir, on met les cuisses en abduction légère, car l'écartement ne doit jamais dépasser cinq centimètres.

OBSERVATIONS

Des observations qui suivent les premières 34 ont été publiées par Monsieur Le Lorier et par Monsieur Tual dans sa thèse de 1928. Les 18 dernières sont inédites.

OBSERVATION I

Mme B... E..., 23 ans, III^e pare. Le 1^{er} accouchement, en 1914, à terme, nécessite une application de forceps.

En 1917, avortement de 5 mois et demi.

Entré à la Maternité (Pitié) en travail le 6 avril 1920, à 2 heures.

A l'examen on constate : H.U. 39 cm.; la tête, mobile au D.S.

Dilatation de 3 cm.; enfant vivant; Hydramnios.

Le promontoire est touché à bout des doigts.

A 19 heures, l'état est stationnaire. On procède à la rupture artificielle des membranes à cause de la tension imprimée par l'hydramnios. 4 litres de liquide s'écoulent.

Le 7 avril, à 2 h. 30 : Dilatation petite paume; la tête, ossifiée, est toujours haute.

De 4 heures à 7 heures la dilatation devient complète, mais la tête reste toujours haute.

L'utérus se tétanise. On fait une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine.

A 9 heures on intervient : pelvitomie sous-cutanée avec un écart. de 5 cm.

A 9 h. 45, accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 4.060 gr. Le poids du placenta : 660 gr.

Suites de couches légèrement fébriles (max. 38°8).

Suites éloignées : légère incontinence des urines (elle date d'ailleurs du premier accouchement).

Les troubles de la marche disparaissent rapidement.

OBSERVATION II

L'observation prise a disparu. On se souvient toutefois que le bassin était légèrement rétréci et l'engagement ne se faisant pas, malgré de bonnes contractions utérines, on a eu recours à une pubiotomie suivie d'un accouchement spontané. Les résultats obtenus ont été bons.

OBSERVATION III

Mme L..., 18 ans, primipare, entre à la Pitié en travail, le 6 avril 1920 à 6 heures. A l'examen on constate que la grossesse est à terme. La tête, mobile au D.S., déborde la symphyse. Les B.d.C. bons. Au toucher on trouve un faux promontoire sacré et au loin on arrive sur le promontoire. Douleurs intenses. Dilatation : 2 cm. Les membranes sont intactes. On fait une injection d'un centigr. de morphine, car la malade est agitée.

A 17 heures : dilatation complète, rupture artifi-

cielle des membranes. Un liquide vert s'écoule. B.d.C. sourds.

A 18 heures : B.d.C. mauvais; tête ne descend pas.

A 18 h. 30 : pubiotomie suivie d'application de forceps (à cause de la souffrance fœtale).

On extrait un garçon vivant pesant 3.290 gr.

Délivrance artificielle immédiate; poids du Pl. : 520 grammes.

Suites des couches fébriles à cause d'une pyélonéphrite.

Départ le 4 juin sans autre complication.

OBSERVATION IV

Mlle L. M..., 20 ans, primipare, vient à la maternité le 7 juin 1920. Habitus rachitique; taille petite. D. S. triangulaire. P.s.p., 10,2. Deux faux promontoires sacrés. H.U., 28 cm. Enfant vivant. La tête est haute et mobile.

Le 11 juin, à 14 heures : première contraction; col en voie d'effacement; à 24 heures : dilatation : 1 cm.

Le 12 juin, à 8 heures : la tête descend et tend à s'engager; dilatation : 3 cm.; à 10 h. 30 on fait une injection de 1 cgr. de morphine; à 13 h. 45 : les contractions réapparaissent, la dilatation est de 4 cm., les membranes intactes; le liquide amniotique, teinté de méconium, transsude; la tête, malgré des contractions très violentes, ne descend pas; on fait un demi-centigramme de morphiné; à 21 h. 30, la tête est haute et la dilatation stationnaire; les B.d.C. sont mauvais; on pratique une pubiotomie qui donne un écart de 3 cm.

On constate une plaie vaginale qui communique avec la plaie osseuse. Suture immédiate du vagin. **Rupture artificielle des membranes**, un liquide vert s'écoule. Le fœtus étant souffrant, on fait trois incisions sur le col. Application de forceps et extraction d'une fille de 2.160 gr. qui crie après dix minutes d'insufflation. Délivrance naturelle. Pl. : 530 gr. Déchirure presque complète du périnée. On pratique la suture immédiate. De même on fait un tampon vaginal à cause d'une légère hémorragie venant du col. Suite des couches fébriles : sortie bien portante avec son enfant.

OBSERVATION V (en ville)

Mme B..., 30 ans, primipare, a été déjà vue le 16 juin 1920. Femme de petite taille, faciès rachitique, en travail depuis la veille. A l'examen, la tête haute et débordante. Dilatation petite paume, membranes intactes. B.d.C. bons. Promontoire accessible, sacrum concave, bassin peu développé, surtout transversalement. Les contractions utérines intenses et régulières. On fait la rupture artificielle des membranes.

A 12 h. 30, la tête est toujours haute. *Pubiotomie*.

A 17 h. 30, accouchement spontané d'un garçon de 3.000 gr. criant aussitôt. Une demi-heure après délivrance naturelle : inertie utérine. On fait 1 cm³ d'hypophyse. Injections vaginales chaudes.

Suites de couches satisfaisantes.

Un hématome suppuré de la grande lèvre est incisé le huitième jour.

Le 22 janvier 1924, accouchement spontané et rapide d'une fille pesant 3.450 grammes.

OBSERVATION VI

Mme L..., 33 ans, secondipare, a eu un prolapsus utérin après le premier accouchement. L'enfant, qui pesait 6.000 grammes (?), est mort après. A subi au début de la gestation actuelle huit injections de biodure de Hg. W. négatif.

Le 6 juin 1920, à l'examen, on constate une H. U. : 38 cm. due à un gros œuf, présentation en O.I.G.T. non engagée; œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs. Le bassin paraît normal.

Le 19 juin 1920, à 11 heures : dilatation de 3 cm., rupture spontanée des membranes; à 18 heures : dilatation de 5 cm., tête haute. Dans la nuit, des douleurs violentes nécessitent un centigramme de morphine.

Le 20 juin, à 8 heures, on constate l'utérus en sablier, tête haute, B.d.C. sourds, col œdématié. Dilatation grande paume. Chevauchement des pariétaux. Œdème sus pubien marqué. *Pubiotomie à droite* (varices à gauche) 20 minutes après accouchement spontané d'un enfant de 4.600 gr. en état d'asphyxie bleue, facilement ranimé. Hémorragie. Délivrance artificielle. Injections utérines chaudes. La déchirure du col allant jusqu'au cul de sac est saturée au catgut. Placenta. 700 gram. Suites de couches fébriles. Les suites éloignées sont bonnes.

OBSERVATION VII

Mme B. E..., 32 ans, primipare, est entrée dans la salle de travail dans la matinée du 19 juillet 1920.

A l'examen, on constate un bassin gén. rétréci. P.s.p. à 10 cm. 8. Sacrum concave; ailerons spacieux. Le sommet est très élevé. Rupture précoce spontanée des membranes dans la nuit du 18 au 19 juillet 1920. Les contractions utérines ont lieu toutes les six minutes. Le col est en voie d'effacement. B.d.C. bons.

Dans la soirée du 19, la tête reste haute.

Pubiotomie (sous chlorure d'éthyle). A 18 heures, après un travail normal, accouchement spontané d'un enfant vivant, pesant 3.400 grammes. Délivrance naturelle. Pl : 520 grammes.

L'enfant, soumis à l'allaitement artificiel, est décédé le 1^{er} août 1920 d'une gastro-entérite.

Les suites de couches ont été légèrement fébriles.

En 1922, elle a eu un accouchement spontané (enfant vivant et de poids normal).

OBSERVATION VIII

Mme X..., 32 ans, secondipare. Son premier enfant est mort pendant le travail. A l'examen : bassin rétréci. P. sp. 10 cm. 5. Grossesse à terme La tête mobile au-dessus du D. S.

Le 30 juillet 1920, à 8 h. 10, rupture précoce des membranes. Dilatation d'une petite paume. B.d.C. modifiés. Col souple et dilatable.

Pubiotomie et application du forceps sur la tête en O.I.G.T. Extraction d'un garçon pesant 3.500 gr. vite ranimé. Délivrance artificielle. Pl. 680 gr. Déchirure du col allant jusqu'au cul de sac. Hématome suppuré incisé le troisième jour. Le tout, ensuite, est normal.

OBSERVATION IX

Mme C. A..., 36 ans, a eu six accouchements normaux à terme.

Le 30 août 1921, à 11 h. 15, pubiotomie pour défaut d'engagement de la tête après la rupture spontanée et précoce des membranes et malgré des contractions utérines intenses. Dilatation paume de main H.U. : 44 cm. A 19 h. 30, application du forceps au tiers supérieur de l'excavation et extraction d'une fille vivante vite ranimée : 5.260 grammes.

Délivrance naturelle. Pl : 800 grammes.

1 cm³ hypophyse après pubiotomie.

1 cm³ hypophyse après l'extraction du fœtus pour prévenir l'inertie utérine.

Suites de couches normales; résultats éloignés satisfaisants.

OBSERVATION X

Mme G. A..., 25 ans, primipare, entre à la maternité le 2 avril 1921, à 18 heures.

H.U. : 33 cm., tête en bas, mobile au-dessus du

D.S. débordant la symphyse, col en voie d'effacement. Contractions utérines légères. Le sacrum présente un faux promontoire, accessible à 10 cm. 3. Le vrai promontoire est accessible plus loin. On pronostique un bon résultat si les membranes ne se rompent précocément; le travail se poursuit avec des contractions utérines irrégulières les 3, 4 et 5 avril.

Le 5 avril, à 20 h. 45, les membranes se rompent. Les B.d.C. sont bons.

Le 6 avril, à 10 h. 15, femme fatiguée. Pouls 80. H. U. : 32. Dilatation : 3 cm. Le col s'infiltré. On constate un chevauchement des pariétaux. Pubiotomie. A 14 h. 45, tête descendue, dilatation petite paume. A 15 h., dilatation complète. Forceps. Extraction d'un garçon vivant, né étonné, facilement ranimé, pesant 2.980 grammes.

Délivrance naturelle. Pl : 440 gr. Suites bonnes.

OBSERVATION XI

Mme L. H..., 38 ans, secondipare. Premier accouchement en 1906. Accouchement spontané à terme. Entre, en travail, le 11 mai 1921, à la maternité, pavillon Chaussier.

Le 12 mai, à midi, rupture spontanée des membranes. H.U. : 38 cm. Tête haute et mobile, bassin paraissant normal. Le travail se poursuit avec des contractions utérines irrégulières.

Le 13 mai, à 10 heures, la tête pointe dans l'excavation, mais n'est pas engagée. Dilatation : 3 cm. Col

œdématisé en avant et à gauche. Les sutures sont masquées par une bosse séro-sanguine. La tête dure et ossifiée paraît trop grande pour le bassin qui n'est pas rétréci.

Pubiotomie. A 12 h. 30, dilatation complète. La femme commence à pousser.

A 13 heures, accouchement naturel d'un garçon pesant 3.825 grammes.

A 13 h. 45, délivrance naturelle. Pl : 620 gr.

Suites de couches peu fébriles (max. 38°).

Suites éloignées bonnes.

OBSERVATION XII

Mme G. A..., 38 ans, multipare de six.

En 1911, accouchement provoqué et prématuré. Enfant décédé.

En 1912-13-14 : avortements de trois mois.

En 1919, accouchement à sept mois et demi d'une fille mort née. (Réaction de W négative.)

Le 14 mai 1921, elle entre à la maternité après tentative infructueuse de forceps en ville. La tête est calée au D.S. par un promontoire accessible. Les contractions utérines sont intenses et bonnes. Les B.d.C. sont bons. A 18 heures : pubiotomie. A 18 h. 30 : accouchement naturel d'un garçon de 3.250 grammes, ranimé après une heure de soins.

Suites de couches peu fébriles. A souffert longtemps pendant la marche et au mois d'octobre elle a

éliminé un séquestre osseux par une fistule sus pubienne. Depuis ce moment, elle n'a plus boité, ni souffert.

OBSERVATION XIII

Mme C. M. M..., 23 ans, primipare, entrée le 1^{er} octobre 1921, à 23 heures, en travail. Le 3 octobre, à 11 h. 45, on constate que la tête n'est pas engagée, ni fléchie, ni défléchie, en gauche transverse, dure, ossifiée et retenue au détroit supérieur par le bassin qui est aplati et généralement rétréci Dilatation : 3 cm. Bord de l'orifice et segment inférieur infiltrés et épais; les membranes sont rompues depuis 6 h. 30 du matin. La tête n'appuie pas sur le segment inférieur. Disproportion peu marquée entre la tête et le bassin.

Pubiotomie. Ecart : 5 cm. A 17 h. 45, dilatation complète. La tête est à la partie moyenne de l'excavation. Appl. de forceps en O.I.G.T. Rotation lente et prudente. Extraction d'un garçon né étonné et pesant 2.590 gr. Délivrance naturelle. Pl : 480 gr.

Suites de couches fébriles : 40°6 le quinzième jour.

Suites éloignées bonnes.

OBSERVATION XIV

Mme G..., 37 ans, secondipare. Premier accouchement à terme. Enfant né en état de mort apparente, ranimé. Mort à quatre mois et demi de convulsions. Entrée à la maternité le 19 décembre 1921.

Début du travail le 25 janvier 1922, à 16 heures.

A 17 h. 30, rupture des membranes, tête fixée non engagée, en O.T. B.d.C. bons. Psp. : 10,3. Les contours du D. S. entièrement accessibles, sacrum concave, crête saillante, sur la face postérieure de la S. pubienne.

Le 26 janvier 1922, à 3 h. 45, dilatation : 3 cm.; contractions subintrales. Pubiotomie. Une heure après, accouchement spontané d'un garçon de 3.810 gr., vite ranimé. Pl : 580 gr.

Suites de couches fébriles.

Le 16 mars 1922, un peu d'incontinence d'urine dans la toux.

OBSERVATION XV

Mme P. M..., 29 ans. Troisième pare. A fait deux avortements de six semaines. Entrée à la maternité le 4 janvier 1922. A l'examen, on constate une tête au D.S. non engagée, mobile, en G. T. Excès de liquide.

Le 4 février, on pose une ceinture eutocique car la tête tendait à filer dans la fosse iliaque.

Le 21 février 1922, à 15 heures, rupture des membranes. Le liquide amniotique est normal. Les contractions utrines paraissent à 20 heures.

Le 22, la dilatation n'a pas fait de progrès. La tête reste haute; la césarienne proposée n'est pas acceptée.

Le 23, la tête tend à se défléchir. Œdème du col. Dilatation stationnaire à 1 cm. Liquide amniotique devient fétide. A 11 h. 55, anesthésie a uSchleich. Dilatation digitale du col facilement obtenue. *On applique un forceps au D. S. Traction infructueuse.*

Pubiotomie, suivie d'appl. de forceps. Mais, à cause du dérapage, on est obligé de le réappliquer à trois reprises différentes. Vers 14 heures, la tête se dégage presque seule.

Délivrance artificielle. On fait une révision utérine. Le corps et le segment sont indemnes. Déchirure de la portion vaginale, à droite et à gauche, allant jusqu'au cul-de-sac. Déchirure incomplète du périnée. Fille de 4.220 gr. Pl : 640 gr. L'enfant succombe le 25 d'une broncho-pneumonie.

Suites de couches : suppuration de la région opérée avec ouverture spontanée dans le vagin. Embolie pulmonaire et hémoptysie.

Le 11 mai 1922, la femme sort sans présenter de troubles.

OBSERVATION XVI

Mme G..., 30 ans. Entrée le 27 juin 1922, à 22 heures, à la maternité, pavillon Chaussier. Les membranes sont rompues depuis 2 h. 30. Présentation céphalique en O.I.D.T. non engagée et n'appuyant qu'imparfaitement sur le S. I. Sacrum concave et ligne innommée explorable dans presque toute leur étendue. P. sp. 10,9.

Le 28 juin, à 11 h. 30, dilatation stationnaire, contractions utérines intenses. Œdème du col et du S. inférieur. A 17 h. 30, pubiotomie. Accouchement naturel d'une fille de 2.720 gr. Délivrance naturelle. Pl : 650 gr.

Suites de couches fébriles.

Suites éloignées. A boité trois mois; ensuite elle a marché normalement.

OBSERVATION XVII

Mme L..., 30 ans, quatrième pare.

Premier accouchement (1918) : forceps, enfant 4.500 gr. décédé.

Deuxième accouchement (1920) : forceps au D. S. Enfant vivant et bien portant.

Troisième accouchement (1922) : forceps au D. S. Enfant décédé.

Quatrième grossesse actuelle. (Le 22 novembre 1923) : H.U. : 33 cm. Tête haute, en O.I.G.T. Petites douleurs jusqu'au soir. Le 23 (au matin), dilatation : 5 cm. Col épais avec œdème. Membranes intactes. Tête haute.

Pubiotomie. Ecart : 3 cm. La tête est descendue. Rupture des membranes. L'œdème du col empêche la dilatation. On se décide à faire une application de forceps. On dilate manuellement. (On écarte prudemment le col avec les doigts.) On extrait une fille de 3.550 gr. et qui crie (déchirure partielle du périnée). Délivrance artificielle pour défaut du décollement du placenta et commencement d'incarcération. (Après la pubiotomie, on avait injecté un tiers de cm^3 d'hypophyse pour augmenter les contractions utérines et un autre tiers de cm^3 au moment de l'application du forceps pour parer à des accidents d'inertie utérine possible.

Suites de couches légèrement fébriles.

Suites éloignées très bonnes.

OBSERVATION XVIII

Mme D. F..., 21 ans, primipare. Entrée, en travail, à la maternité le 10 juin 1924. H.U. : 27 cm. Présentation du sommet mobile en G.T. B.d.C. bons.

Le 10, contractions utérines violentes de cinq en cinq minutes. (A l'entrée, dilatation à 1 cm.) Pas de poche des eaux, les membranes étant rompues prématurément.

Le 11, à 9 heures(dilatation de 3 cm. Ecoulement d'un liquide amniotique vert. A 10 heures, sous chloroforme, Pubiotomie. A 18 h. 30, dilatation complète, tête sur le périnée, mais progresse peu malgré de violents efforts d'expulsion. Les efforts entraînent la constitution d'un épanchement séro-sanguin vers la grande lèvre gauche et la région sus-pubienne. Application de forceps. On saisit la tête en O. P. On l'amène à l'extérieur en faisant la rotation avec beaucoup de précautions et on aboutit à l'extraction d'un garçon de 3.080 gr. né étonné, mais facile à ranimer. On injecte, après l'extraction, 1 cm³ d'hypophyse. Décollement partiel du placenta et une hémorragie d'un litre et demi. Délivrance artificielle. Pl : 380 gr.

Suites légèrement fébriles.

Sort le 26 juin 1924 avec son enfant.

OBSERVATION XIX

Mme D..., primipare, 24 ans, entre dans le service le 19 janvier 1925. On fait deux tentatives de forceps

infructueuses, le forceps dérapant à chaque fois. M. Le Lorier, appelé, pose le diagnostic de dystocie des épaules dans un bassin légèrement aplati. La tête a franchi le D. S. mais reste haute, située dans l'excavation. B.d.C. bons. Le liquide amniotique est teinté de méconium. Au toucher, on sent un crâne mou et un craquement qui se produit à chaque pression du doigt.

Pubiotomie suivie d'un forceps en O.I.D.T. La prise est bonne et la progression est facile. Lorsque la tête est presque engagée dans le bassin, on procède prudemment à la rotation. L'extraction est faite. L'enfant, pesant 4.260 grammes, est difficilement ranimé. Délivrance naturelle. Pl : 670 gr. L'enfant présente une paralysie faciale gauche et meurt le treizième jour d'une broncho-pneumonie.

La mère a gardé une incontinence d'urine partielle pour laquelle on fait un plissement du sphincter qui donne de bons résultats.

OBSERVATION XX

Mme B..., 26 ans, primipare, entre dans le service le 5 mars 1925, en travail, avec un bassin rachitique, plat et canaliculé. Un faux promontoire sacré a 11 cm. Après un travail de 48 heures, les B.d.C. sont bons, le liquide amniotique normal.

M. Le Lorier décide de pratiquer une pubiotomie différée suivant la technique de Cathala. La dilatation, à ce moment, est à grande paume. La tête, très grosse, dont les sutures chevauchent fortement, n'a pas franchi

le D. S. On met en place la scie de Gigli et on l'y laisse sans section du pubis. On essaie une *application de forceps au D. S.* en faisant une prise en O. F. La tentative ne réussit pas. On pratique une pubiotomie sans retirer le forceps. On obtient un écart de 4 à 5 cm. La tête est amenée à la vulve en G. T. Une tentative de rotation est faite, mais abandonnée devant la résistance de la tête. On fait une deuxième prise régulière. On effectue prudemment la rotation et l'extraction s'opère sans incident. L'enfant, pesant 3.700 gr., crie très vite. Délivrance naturelle. Lésion locale observée : Déchirure vaginale très profonde sur la paroi antérieure. On suture à ucat gut. La plaie ne communique ni avec la vessie ni avec le foyer osseux. La mère et l'enfant sortent en parfait état.

En 1927, lors d'une deuxième grossesse, la femme ne présente aucun trouble de la marche. Il existe par contre une légère incontinence d'urine plus marquée depuis qu'elle est de nouveau enceinte.

Le 12 juin 1927, elle accouche spontanément à terme d'un enfant de 3.850 grammes.

OBSERVATION XXI

Mme J..., primipare, 28 ans. A l'examen, on constate un bassin aplati, généralement rétréci, un faux promontoire sacré accessible à 11 cm. 2. Pubiotomie. Ecart obtenu : 2 cm. 5. Accouchement spontané d'une fille de 3.890 gr. une heure après l'opération. Délivrance naturelle. Pl : 600 gr.

Suites : à la sortie, présente une incontinence d'urine dans l'effort et la toux, disparaissant dans l'horizontalité.

Ultérieurement, accouchement spontané en 1928 d'un enfant vivant et pesant 3.330 gr.

OBSERVATION XXII

Mme P. J..., 23 ans, primipare.

M. Le Lorier est appelé (en ville) car on craignait des complications au moment de l'accouchement

A l'examen : tête fœtale, mobile, haute, ne débordant pas, excès de liquide, bassin plat rachitique, généralement rétréci et canaliculé. P. sp. : 10,8; faux P. sp. à 10,5.

Le 14 juin 1925, vers 5 heures, apparaissent les premières contractions qui vont s'accroître le 15. La tête mobile se fixe bientôt au D. S. A 15 heures, les membranes se rompent spontanément; un liquide verdâtre et abondant s'écoule. Dilatation presque complète. A 22 h., la tête ne progressant pas, M. Le Lorier décide la pubiotomie. La première scie introduite se casse; une deuxième scie produit la section sans difficulté. Presque pas d'hémorragie. Ecart: 3 cm. Après le réveil de la femme, on fait, à 20 minutes d'intervalle, trois fois trois quarts de cm³ d'hypophyse. B.d.C. bons. L'accouchement se fait spontanément. Le périnée est intact. Les suites sont normales.

OBSERVATION XXIII

Mme B..., primipare, entre dans le service, à 20 h. 15, le 27 juin 1925. Elle présente depuis 9 heures du matin de

violentes contractions. La dilatation est complète depuis 6 h. 45 et la poche des eaux s'est rompue à la même heure. Le liquide amniotique est teinté de vert.

Examen général: femme rachitique, petite, à fémurs incurvés, les genoux sont globuleux, les membres inférieurs courts. (A été opérée lorsqu'elle était enfant pour gène valgum bi-latéral.) Mouvements de flexion et d'abduction limités.

Examen obstétrical : La tête est au-dessus de l'excavation, présente des bosses frontales saillantes, bien fixée et fléchie. Dos à gauche O.I.G.A. B.d.C. bons. Le col dilaté à petite paume; membranes rompues.

Bassin généralement rétréci, mais surtout dans le sens transversal. Le promontoire vrai n'est pas accessible. Un faux promontoire a 10 cm. 8. Sacrum concave. *En raison des manœuvres exercées déjà (touchers répétés), on décide la pubiotomie et non pas la césarienne basse.* Au niveau du trait de section se produit un écart de 5 cm. Hémorragie nécessitant le tamponnement de la plaie opératoire avec une mèche iodoformée. B.d.C. ralentis. On décide une extraction au forceps. La dilatation étant incomplète, on pratique sous le contrôle de la vue une incision du col. Forceps en O.I.G.T. et extraction rapide d'un enfant de 3.140 gr. Lorsque la tête passe, l'écart : 7 cm. Après extraction, on constate une large déchirure faisant communiquer la plaie opératoire avec la plaie vaginale. (Il y a un délabrement des parties molles à la partie antérieure de la vulve.) Une sonde introduite dans la vessie fait constater que l'urètre et la vessie ne sont pas touchés. Sonde à demeure. Suture du col, suture vaginale

au catgut n° 2. La mèche, qui tamponne la plaie opératoire supérieure, est laissée en place. On applique une ceinture en flanelle, débordant sur les cuisses, pour diminuer l'écartement. Délivrance naturelle. Pl : 490 gr.

Suites : état général bon.

OBSERVATION XXIV

Mme X..., secondipare, est amenée dans le service, le 10 juillet 1925, à 10 h. 30. Dans un accouchement antérieur, on a fait une application de forceps (enfant : 3.500 gr.). Les membranes sont rompues depuis le 9 juillet à 19 heures. Les contractions utérines sont énergiques. H. U. : 39 cm. Présentation du sommet non engagé, dos à gauche, en transverse. B.d.C. légèrement ralentis. Liquide amniotique verdâtre. Le col (présentant une déchirure gauche antérieure) est effacé, souple. Dilatation entre 2 et 5 cm. Tête très haute, appuie mal sur l'orifice utérin. Elle est maintenue haute par le bassin qui est aplati et généralement rétréci, mais large. La dystocie paraît due non pas au bassin, mais au gros volume de la tête.

A 12 h. 30, pubiotomie suivant la technique de M. Le Lorier. La tête descend, mais les B.d.C. devenant rapides et légèrement soufflants, on fait un quart de cm³ d'hypophyse. Application de forceps en O. F. La tête descend, progresse rapidement, puis franchit le périnée en effectuant elle-même sa rotation. On désarticule le forceps avant l'extraction totale. Pas d'épisiotomie. L'enfant pèse 4.160 gr. et crie très vite. Après un quart de cm³ d'hypophyse, délivrance par extraction simple. Pas d'incident.

Par une négligence inexplicable, cette femme est restée deux jours sans être sondée. Le troisième jour, elle présente un écoulement d'urine par les plaies opératoires. Depuis ce moment, M. Le Lorier laisse toujours une sonde à demeure dans la vessie. Elle a été opérée — en deux temps — par le docteur Papin en juin 1926.

En mai 1927, accouchement spontané à terme d'une fille pesant 2.600 gr.

OBSERVATION XXV

Mme A. J..., primipare, 28 ans. Travail long. Tête ossifiée, non engagée en D. T. Col épais. Dilatation à grande paume. Au devant de la tête, on sent un sac membraneux flasque. Petite fontanelle accessible au centre du bassin. Lignes innommées explorables. Sacrum accessible à 10 cm. 7. Le bassin est aplati, mais peu rétréci.

Pubiotomie suivant la technique de M. Le Lorier. On ajoute à la scie un fil de bronze pour parer à la rupture de la scie. Hémostase en cinq minutes. M. Le Lorier pratique une épisiotomie droite, pensant à un accouchement rapide. Les cuisses sont en abduction limitée et fixées par une bande de toile. On fait 2 cm³ d'hypophyse sans résultat. A 17 h. 30, *application de forceps*. Tête suivie en O.F. (la branche gauche placée sur la moitié droite du frontal). Extraction facile, sans rotation. L'enfant, un garçon pesant 3.300 gr., né étonné, crie rapidement.

Extraction simple de la délivrance. Membranes déchirés et rétention partielle de la caduque et du chorion. Révision utérine à la main. On ramène quelques caillots

et les débris manquants. Suture de l'épisiotomie. Aucune lésion des parties molles. Sonde de Petzer. Suites bonnes.

Ultérieurement, la femme accouche spontanément d'un enfant, le 24 juillet 1926, pesant 2.580 gr. et dont le Pl : 550 gr.

OBSERVATION XXVI

Mme B..., primipare. Envoyée par le docteur Vignes aux fins de basiotripsie ou opération de Portes. La malade est entrée en travail le 23 janvier au soir.

Le 24, rupture des membranes. La tête est élevée et la dilatation est complète. On tente l'application du forceps. Mais la deuxième branche ne peut être introduite. Le docteur Vignes est appelé et arrive à 11 heures. Il constate un utérus dur avec fond incliné à droite. L'utérus, allongé, présentait, au niveau de la partie moyenne, un anneau de contracture. La palpation est impossible. La tête ne déborde pas, on trouve au-dessus du D. S. un promontoire à un doigt. On injecte un centigramme de morphine et quinze minutes après on pratique l'anesthésie générale et une prise en O.I.G.T. au-dessus du D.S. (prise M.P.). Malgré les bonnes tractions, la tête se bloque contre la symphyse et le forceps dérapa. La malade est envoyée à Boucicaut.

Interrogée par M. Le Lorier, la malade lui apprend qu'étant jeune, elle a été soignée pour une coxalgie. A l'examen on constate : parties molles en bon état, col souple et facilement amené à une dilatation complète.

Très léger degré de viciation pelvienne. B.d.C. bons. H.U. : 34.

A 13 heures, *pubiotomie*. Après la section du pubis, une hémorragie abondante se produit par les deux orifices, cessant après cinq minutes de tamponnement. Ecart : 3 cm. *Application immédiate du forceps* du front à l'occiput et on amène sans difficulté la tête sur le périnée. On fait un demi cm³ d'hypophyse. Large épisiotomie gauche. Extraction facile d'un enfant qui crie aussitôt et qui pèse 3.050 gr. Le cordon est teinté de méconium.

Revision. Une petite déchirure droite, mais qui ne dépasse pas le cul-de-sac.

Réfection de l'épisiotomie par deux crins.

Un point de suture sur l'orifice de ponction sous-pubien. Sonde à demeure. Suites très bonnes. La malade peut se lever en quelques jours et sort le quatorzième jour. Pas de troubles.

OBSERVATION XXVII

Mme G..., 30 ans, primipare, entrée à la maternité de Boucicaut le 7 juillet 1926, à 17 h. 30.

En ville, une sage-femme la consultait les 5 et 7 juillet. La poche des eaux se rompit le 6 et un liquide jaunâtre fut expulsé. Depuis, le travail est resté stationnaire.

M. Le Lorier, appelé, constate un léger vice pelvien et conseille le transport à l'hôpital. Le 7 juillet, à 19 h. 20, la dilatation est de 2 cm. Etant donné la fatigue de la malade, M. Le Lorier fait une incision du col et une application de forceps à la partie moyenne de l'excavation en

D. P. La tête est facilement extraite. Mais, par suite d'une dystocie des épaules, *on est obligé de pratiquer une symphysiotomie suivant la technique de Zarate*. Les épaules sont très facilement extraites. L'enfant est un garçon pesant 4.650 gr. et qui est ranimé en quinze minutes. On met une sonde à demeure. La délivrance est artificielle. Le périnée s'étant déchiré, on procède aux sutures. Pendant l'accouchement, la mère présente un pouls oscillant entre 100 et 120 pulsations à la minute. Température : 36°8.

Le dixième jour, la sonde vésicale s'étant obstruée, on la change et on constate un œdème du périnée. Mauvais aspect des lésions périnales qui suppurent. Temp. : 37°5.

Le 12^e jour : sonde retirée. Les urines sont normales. Temp. : 37°5.

Le 19^e jour : temp. : 40°. Pouls 146. A l'examen, on ne trouve rien.

Le 21^e jour : temp. : 36°8. Pouls 120. Le soir, temp. : 38°5; pouls : 135.

Le 26^e jour, la malade souffre d'une douleur dans le mollet gauche. La cuisse gauche présente un cordon veineux et un épanchement synovial au genou.

Le 27^e jour, on place le mollet gauche dans une gouttière. Le pouls descend et, le 19 août, il est égal à 90.

On immobilise la jambe; mais, le 27 août, le pouls remonte. On remet la gouttière. La phlébite disparaît et la femme sort en bon état.

L'enfant a une paralysie du membre supérieur gauche. Après une série d'abcès sous-cutanés, l'enfant meurt

un mois et demi après sa naissance par suite d'une complication pulmonaire.

Ultérieurement, la femme accouche dans le service d'une fille pesant 3.270 gr. Accouchement spontané et à terme.

OBSERVATION XXVIII

Mme C..., 22 ans, troisième pare, entre dans le service le 21 septembre 1926 avec une grossesse près du terme. Les deux premiers accouchements ont été spontanés. Comme le malade présentait de l'albuminurie, elle fut mise au régime des pyélo-néphrétiques.

Le 28 septembre, à 23 heures, les premières douleurs se répètent toutes les 20 minutes. La tête n'est pas engagée, mais seulement fixée et mal fléchie. Dos à gauche et en arrière. Sillon du cou à 9 cm. au-dessus de la symphyse. Le moignon de l'épaule a 11 cm.

Le 29 septembre, à 6 heures, la tête est stationnaire, le moignon de l'épaule est à 8 cm. et le sillon du cou à 6 cm. B.d.C. bons. Douleurs fortes toutes les 4 minutes. A 10 heures, rupture spontanée de la poche des eaux.

M. Le Lorier palpe la malade et constate : sommet de la tête fixé, mais non engagé; dos à gauche et en arrière. B.d.C. bons. On injecte un centigramme de morphine. Quelques heures après, la dilatation est complète, la tête reste haute. Le poulx est de 96. La température est resté à 36°9.

A 23 h. 45, *symphysiotomie à la Zarate*. Accouchement spontané une demi-heure après.

Après la section de la symphyse, on a injecté un demi cm³ d'hypophyse et introduit une sonde à demeure.

Délivrance normale complète. Enfant pesant 3.370 grammes.

Suites un peu fébriles. La femme se lève le neuvième jour et quitte le service le quatorzième jour.

OBSERVATION XXIX

Mme G..., 31 ans, primipare. A été suivie pendant la grossesse. Son bassin est oblique ovalaire de Naegelé.

Le 17 mars 1927, M. Le Lorier diagnostique une grossesse d'environ sept mois. Il y a une présentation du sommet dans un bassin où on constate :

- 1° Un rétrécissement de l'espace bi-ischiatique.
- 2° Une ogive pubienne haute et droite.
- 3° Un coccyx loin et mobile;
- 4° Un sacrum lointain.

A la mensuration : Bitrochantérien 29 cm. Bi-crête 29 cm.

Le pronostic est réservé pour le dégagement.

Le 7 avril et le 25 mai : constatation d'une présentation en O.I.D.T., enfant vivant. Le bi-ischiatique mesure 7 cm. 3/4 en position obstétricale et 9 cm. 5 en position de Jonges. Le pronostic est toujours réservé.

Le 26 mai à 3 heures, début du travail. Le sillon du cou qui était à 7 cm. progresse et n'est qu'à 3 cm. à 12 heures. Les B. de C. sont bons; de même les contrac-

tions. La dilatation est complète. On procède à la rupture artificielle des membranes. Rien à noter pour le liquide amniotique.

De 12 heures à 17 heures. Les contractions s'espacent; les bruits du cœur deviennent soufflants. Il y a un arrêt de la progression céphalique et absence de rotation.

M. Le Lorier, après 37 heures de travail, décide d'intervenir et à 18 h. 40 on fait, sous-anesthésie au Schleich, une pubiotomie. Une légère hémorragie est arrêtée après 5 minutes d'hémostase. On fait une application de forceps en OI.D.T.

Pour diminuer l'effort sur la paroi antérieure du vagin et de la vulve, on écarte légèrement les membres inférieurs et l'on pratique une épisiotomie.

A 19 h. 15 extraction d'un enfant de 3.100 gr., en bon état.

Diamètres : OM 13,7, OF 11 cm. 3, BiP 9 cm. 5 BIT 8 cm. 3, SoB 9 cm. 2, SoF 11 cm. 3, SmB 9 cm. 4.

Délivrance naturelle. L'épisiotomie est suturée par 3 crins. On place 1 crin à l'orifice de ponction sus-Pubien. Sonde à demeure. Rapprochement des membres inférieurs.

Suites de couches bonnes. Le 30 mai on retire la sonde. On constate une légère parésie dans le domaine du sciatique poplité externe droit — dûe probablement à l'extension forcée.

La mère et l'enfant sortent le 10 juillet en parfait état.

OBSERVATION XXX

Mme T... multipare, 38 ans, entre à la salle de travail le 21 novembre 1927 à 23 heures.

A l'examen on constate : Dilatation petite paume; col très épais. Des contractions utérines fortes. La poche des eaux s'est rompue à 12 heures. Tête très haute. H.O. 40 cm. Dos à gauche. B. de C. bons.

Le 22 novembre 1927 à 14 h. 30 : H.U. 35 cm. Sil-lon du cou à 5 cm.; épaule à 7 cm. 5. Col dilaté grande paume (léger œdème de la lèvre antérieure). Présentation en OIGA. Douleurs répétées. B. de C. bons. M. Le Lorier fait 1/2 cm.³ d'hypophyse sous-cutané. Les contractions deviennent fréquentes (toutes les 3 minutes) et subin-trantes.

A 16 h. 10 la dilatation est stationnaire; le col est œdématié.

A 19 heures les B. de C. s'accélèrent.

A 23 heures M. Le Lorier tente une application des forceps et pratique deux incisions du col : une en ar-rrière, l'autre en avant). Le forceps dérape.

Symphyséotomie suivant la technique de Zarate, après déviation de l'utérus par un doigt intra-vaginal. Après un léger écartement, on applique les forceps et on extrait un enfant pesant 3.900 gr. On fait 1/4 cm.³ d'hy-pophyse. Délivrance naturelle et complète. Le périnée est intact. L'enfant présente un enfoncement du pariétal gauche qu'on redresse immédiatement. Après le redres-sement le BiP mesure 9 cm. 5.

Tous deux sortent en bon état.

OBSERVATION XXXI

Mme M... 29 ans, primipare. A été suivie au cours de la grossesse par M. Le Lorier qui constate un *bassin aplati et généralement rétréci, de bon pronostic*, le promontoire étant accessible au loin.

Appelé le 26 février 1928, M. Le Lorier constate qu'elle est en travail depuis 24 heures; les membranes ont été déjà rompues (dans le cours de l'après-midi). pour l'excès de volume du liquide.

La dilatation est entre petite et grande paume. La tête est fixée, haute, n'appuyant pas sur le col. Présentation en G.T. Il y a une disproportion manifeste entre la tête et le bassin.

La femme est transportée, à 23 heures, le 26 février, à Boucicaut, où on pratique une pubiotomie qui donne un écart pelvien de 4 cm. (L'hémostase dure cinq minutes, montre en main). Après 1/2 cm.³ d'hypophyse on fait une application de forceps.

Le col se laisse franchir grâce aux tractions douces qu'on exerce. La tête progresse aisément dans l'excavation et, après avoir pratiqué une épisiotomie droite afin de soulager la paroi antérieure du vagin de la pression exercée sur elle, on extrait sans incidents un garçon de 3.760 gr. criant aussitôt. Délivrance naturelle et complète; on place une sonde à demeure. L'épisiotomie est restaurée avec 2 crins de Florencè.

Les suites de couches ont été légèrement fébriles.

Tous les deux sont sortis, le 15 mars, en très bonne santé. Rien à signaler pour plus tard.

OBSERVATION XXXII

Mme F... 22 ans, primipare, a été consulté pendant la grossesse à la Maternité; on a constaté un bassin plat, rétréci. Il y a deux faux promontoires sacrés; le Promonta sous-pubien a 10 cm. 2.

Entre à la salle de travail le 19 avril 1928 à 22 h. 30. Les contractions sont énergiques; les membranes intactes. Les B. de C. bns. Tête mobile qu'on immobilise en bonne position par une ceinture

Le 20 avril, à 8 heures : dilatation petite paume; inertie utérine.

A 10 h. 40 M. Le Lorier constate une OIGT élevée et mobile; excès de liquide amniotique. B. de C. sourds et lents, à gauche. Poche des eaux tendre. Dilatation grande paume.

On écarte la césarienne à cause de l'excès de liquide. On pratique une Pubiotomie préventive avec l'intention d'extraire l'enfant par version. On commence par faire une incision du col au méridien de 2 heures sous le contrôle de la vue. L'incision est courte car le col est dilaté à grande paume. (L'incision est arrêtée à 1 cm. du cul de sac.) Hémorragie veineuse : tamponnement provisoire.

On vide la vessie, on change les gants, et on fait la pubiotomie à gauche. On pratique l'hémostase (elle dure 5 minutes) sitôt le pubis sectionné (pour ne produire aucun écartement des deux branches de section, on ne pratique pas l'abduction des cuisses).

Un hématome de la grande lèvre gauche se vide par l'orifice de ponction inférieur.

La poche des eaux est ouverte et environ 2 litres s'écoulent.

On fait une version par manœuvres internes; on extrait le siège, les bras s'abaissent sans difficultés; la tête est extraite sans aucune effraction. L'enfant qqui pèse 2.150 gr., crie immédiatement.

Délivrance naturelle, complète (on a fait 1/4 cm.³ d'hypophyse).

Sonde à demeure dans la vessie.

Le 6^e jour, température à 40°2, douleurs ombaires. Le 26 avril : Pyélonéphrite. Distention vésicale le 27, 28 et 29. Les douleurs disparaissent lentement; la fièvre tombe.

L'enfant est décédé 48 heures après la naissance, d'une broncho-pneumonie.

La mère sort dans un état relativement bon.

OBSERVATION XXXIII

Mme D... 26 ans, primipare, entre dans le service le 13 janvier. Avant d'entrer, un médecin, en ville, avait tenté une application de forceps après avoir essayé de compléter manuellement la dilatation H.U. Entre deux contractions intenses, l'utérus se relâche totalement. Présentation en OIGT, fixée. Sillon du cou à 10 cm. au-dessus de la Symphyse. B. de C. rapides et soufflants. Col épais avec hématome sur sa lèvre antérieure. On perçoit dans l'orifice, l'extrémité la plus inférieure de la pré-

sensation. Le col est dilatable, souple et avec une dilatation qui pourrait permettre une application de forceps. Il existe une déchirure du col (n'atteignant pas le cul de sac). Promontoire accessible à 10 cm. 7.

A l'examen profond on constate une ecchymose sur la paroi antérieure de la vulve et un hématome du col.

M. Le Lorier pratique une pubiotomie qui est très facile et qui donne un écartement de 3 cm. environ. L'hémorragie est insignifiante mais on pratique quand même un tamponnement hémostatique pré et rétro-pubien. On fait une application de forceps en OIGT, un peu gênée par la dilatation incomplète. Le lever est permis le 13^e jour.

La mère et l'enfant sortent en bon état le 19^e jour.

OBSERVATION XXXIV

(En ville), Mme G..., 25 ans, secondipare. A eu un accouchement (le 23 août 1923) sans incidents; enfant de 4 kgr.

La malade est vue le 10 mai 1928, elle est très obèse.

H.U. 45 cm.; sommet en OIGT non engagée.

Le 11, à 1 heure du matin, contractions utérines et énergiques.

A 20 heures rupture spontanée des membranes. Dilatation grande paume. Aucun engagement jusqu'à 22 heures.

M. Le Lorier pratique une pubiotomie avec faible écartement. 1/4 cm.³ d'hypophyse. 10 minutes après, ac-

couchement spontané d'un enfant, pesant 4.750 gr., qui crie aussitôt.

10 minutes après délivrance complète. On fait encore $1/4$ cm.³ hypophyse. Pas de suites immédiates. La femme et l'enfant sortent de la maison de santé le 18^e jour.

Les troubles de la marche et les douleurs lombaires ont cessé complètement dans les jours suivants.

OBSERVATION XXXV

Mlle K. D..., 18 ans; ne parle pas français. Hospitalisée le 12 novembre 1931. A l'examen on constate un bassin peu étoffé; le promontoire saillant est accessible au-dessous de l'horizontale. Le sacrum est redressée. Diagnostic de bassin généralement rétréci. Psp 10 cm. 5.

On fait l'épreuve du travail jusqu'à formation du S.I. puis on conseille la césarienne.

Le 19 octobre 1931, la femme accuse des douleurs et vue par M. Desnoyers on constate : dilatation grande paume et tête non engagée. On fait une symphysiotomie partielle aboutissant à la naissance d'une fille pesant 3.200 gr. et criant 10 minutes après.

20 minutes après, délivrance naturelle complète. Pl. 600 gr.

La mère et l'enfant sortent le 40^e jour après l'entrée.

OBSERVATION XXXVI

Mme Thérèse W..., 32 ans, multipare (a eu six accou-

chements normaux) hospitalisée salle Baudelocque le 29 octobre 1931.

Le 30 octobre 1931 elle accuse des contractions utérines douloureuses. A un premier examen on constate : dilatation petite paume; col effacé; tête en voie d'engagement; membranes rompues; liquide teinté de méconium.

A un deuxième examen : dilatation grande paume; bords de l'orifice souples; basse séro-sanguine assez volumineuse.

On arrive à bout de doigt sur le promontoire. La tête semble orientée en OIGT.

Symphysiotomie à la Zarate sous anesthésie au chloroforme. On applique le forceps Famiér au D.S. (?); prise F.O. sur un sommet en G.T. Extraction d'un garçon vivant pesant 4.020 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

Il a été pratiqué 5 touchers dont 4 après la rupture des membranes.

Suites de couches : première émission d'urine, sanguinolente; deuxième émission d'urine, claire.

Le 3 novembre : expulsion des caillots pesant 270 gr. Les troubles disparaissent vite et la mère sort en bonne santé le 4 novembre 1931.

L'enfant est décédé le 1^{er} novembre 1931. (L'observation concernant l'enfant incomplète.)

OBSERVATION XXXVII

Mme Mad. L..., 28 ans, est hospitalisée à la Maternité le 30 novembre 1931; enceinte de 8 mois environ. Le

fœtus est très mobile. Elle portait une ceinture pendant tout son séjour à la Maternité.

Le 12 novembre 1931, la femme perd de l'eau.

Le 13 novembre, température à 38°1. Tête mal fléchie en D.T.

Le 14 novembre 1931 à 9 h. 50 à l'examen, on trouve : utérus en sablier. Après 53 heures de travail : temp. à 38°4; pouls à 84. Les contractions utérines sont fréquentes mais de courte durée. La tête est haute, volumineuse, mal fléchie; dilatation grande paume.

On fait une symphyséotomie à la Zarate suivie de forceps. On place les cuillers en D.T. Après rotation on extrait une fille pesant 3.970 gr. facilement ranimée.

45 minutes après, délivrance naturelle.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

(Suites immédiates, bonnes).

OBSERVATION XXXVIII

Mme Anna W..., 25 ans, secondipare, arrive à la Maternité le 13 novembre 1931, à minuit. Son premier accouchement s'est terminé par la mort de l'enfant après 36 heures de travail.

A 17 heures la dilatation était complète. 3 heures d'expulsions ne font pas progresser la tête. Après une infructueuse application de forceps par un médecin, la femme est envoyée à la Maternité.

A un premier examen, effectué à minuit on trouve un utérus régulier, la tête au-dessus du D.S. Dilatation complète. Le bassin paraît rétréci.

En raison : 1° des manœuvres antérieures; 2° de la qualité douteuse de l'enfant; 3° de la bonne qualité des contractions

On décide de pratiquer la symphysiotomie suivant la technique de Zarate.

Intervention : Les contractures étant bonnes mais rares, on fait 1/3 de cm.³ d'hypophyse. La tête descend rapidement.

On pratique une épisiotomie gauche assez large.

On extrait une fille née étonnée, criant 10 minutes après et présentant une marque de forceps au niveau du pariétal droit et une paralysie faciale.

20 minutes après; délivrance spontanée.

Suite de couches légèrement fébriles.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

OBSERVATION XXXIX

Mme Marie S..., 31 ans, multipare de 3, a eu deux accouchements antérieurs; 1 application de forceps. Admise le 17 novembre 1931 à la Maternité pour début de travail.

Le 17 novembre 1931 à 20 heures. Rupture de la poche des eaux.

Tête fixée au D.S.

Dilatation entre petite et grande paume.

Le promontoire est atteint à bout de doigt, mesure : 10 cm. 4 Le sacrum est aplati, à courbure redressée dans sa partie supérieure. Les lignes innominées et les ailerons sacrés sont normaux.

Le 18 novembre, à 15 heures, la position de la tête est stationnaire. Température à 38°5.

Après avis de M. Le Lorier, on décide de pratiquer une symphysiotomie.

On fait deux injections d'hypophyse car les contractions utérines sont rares. La tête descend presque aussitôt sur le plancher périnéal. On complète la symphysiotomie par une prise au forceps Tarnier car les B. de C. se sont ralentis et devenus sourds. On extrait facilement un enfant pesant 3.150 gr. et qui présente : 1° une bosse séro-sanguine et 2° un chevauchement des pariétaux sur l'occipital.

35 minutes après, délivrance naturelle.

Sonde à demeure.

Quelques jours après (12°), urines purulentes : Pyélonéphrite.

La mère et l'enfant sortent le 38° jour après entrée dans le service.

OBSERVATION XL

Mme Anna W..., 36 ans, multipare de trois, est entrée dans le service le 29 novembre 1931.

Début du travail le 22 janvier 1932. A 10 h. 35 on constate : dilatation entre petite et grande paume. La poche des eaux bombe; on procède à une rupture artificielle.

A 23 h. 20, température 37°9. Tête fixée.

Le 23 janvier 1932, à minuit, la dilatation est presque complète du fait d'une incision du col antéro-gauche.

La tête paraît à la partie haute de l'excavation. Au cours d'une tentative d'application de forceps, on constate, en plaçant les branches, que la tête n'est pas engagée et que la *non progression de l'accouchement résulte en réalité d'une viciation pelvienne*. Le forceps qui n'a même pas été articulé est retiré et on pratique une symphysiotomie à la Zarate qui est suivie très rapidement de l'engagement de la tête et de l'accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 4.250 gr.

Hémorragie : 1.300 gr. de sang ont été recueilli. Pouls 140. Le placenta n'étant pas décollé on fait la délivrance artificielle.

Fortes adhérences et enchatonement de la corne utérine droite.

Poids du Pl. 620 gr.

Revision utérine suivie d'une injection intra-utérine à la solution de Tarnier. Suites de couches fébriles.

Mère et enfant sortis en bonne santé.

OBSERVATION XLI

Mme Germaine R..., 21 ans, secundipare.

La première grossesse : accouchement à terme; incision du col. A consulté pendant la grossesse.

Le 30 janvier 1932 : contractions utérines douloureuses.

Sillon du cou à 12 cm. Tête tangente à la symphyse non engagée, mal fléchie. On fait l'épreuve du travail. 2 heures après aucune progression de la tête. Sur avis de M. Le Lorier, on pratique une symphysiotomie suivant

la technique de Zarate, suivie d'une application de forceps.

L'opération est effectuée sans aucun incident et on constate un écart de 2 travers de doigts entre les 2 pubis. La tête descend. Injection d'un cm.³ hypophyse. Au moment de la descente de la tête on pratique une épisiotomie. L'accouchement est spontané. Le poids de l'enfant : 4.110 gr.

Suites de couches fébriles. *Mère et enfant sortent en bonne santé.*

OBSERVATION XLII

Mme A. B..., 24 ans, primipare, a consulté pendant la grossesse à la Maternité.

Le 16 février 1932 : la tête est dans la fosse iliaque droite. H.U. 34. Utérus très contractil.

Le 22 février 1932. Fœtus en attitude oblique avec tête dans la fosse iliaque droite. La tête ramenée au D.S. n'y tient pas malgré la ceinture entorique. Le 23 février début du travail. H.U. 36; pôle céphalique dans fosse iliaque droite, fortement projetée en avant. Siège dans l'épigastre. Dos à droite. Col effacé, dilatation 2 gr. Poche des eaux intacte.

A 9 h. 45, examen de M. Le Lorier. Le palper ne donne que des renseignements imprécis. L'utérus est long avec une très légère échancrure sur son fond. La partie fœtale qui est au D.S. forme un ensemble conique, avec des parties assez dures et, en avant, au-dessus de

la symphyse pubienne, quelque chose d'oblong qui pourrait bien être un bras.

Le toucher donne des renseignements beaucoup plus nets; après avoir franchi un anneau vulvaire assez étroit et un périnée résistant, on arrive tout de suite sur une poche des eaux hémisphérique circonscrite par un col incomplètement dilaté mais complètement dilatable. A travers les membranes on perçoit très nettement une petite main qui paraît être la droite et tout de suite au-dessus, en s'aidant du toucher combiné au palper, on arrive sur une petite pyramide nasale aplatie, et sur le maxillaire sup.

Le dos est en avant et un peu à gauche.

Il s'agit donc d'une tête imparfaitement défléchie et retenue au D.S. tant par la procidence d'un membre que par un rétrécissement pelvien. *Le promontoire est accessible à 10 cm.* et est bas situé. Le sacrum a une bonne concavité mais les lignes innommées sont entièrement et aisément explorables. Il s'agit donc d'un *bassin généralement rétréci et annelé*.

Dans ces conditions la version seule offrait trop d'aléas et M. Le Lorier juge nécessaire de faire une pelviotomie préventive qui est pratiquée à la scie de Gigli suivant la technique habituelle.

L'écartement obtenu est de 5 cm. En outre, on fait une large épisiotomie droite préventive puis, tout de suite après la rupture des membranes menée avec précaution, la main droite est introduite dans la cavité utérine; ce n'est pas la bonne main théorique mais le passage paraît plus facile de ce côté et, en effet, en contournant le flanc

gauche du fœtus et en faisant un mouvement de supination forcée, on arrive facilement à saisir un pied tout au fond de l'utérus. C'est un pied gauche qui est amené avec quelques difficultés par suite de la contraction légère de l'utérus. Celle-ci cède peu à peu et le membre inférieur gauche descend en exécutant un mouvement de vrille auquel on obéit et qui ne tarde pas à amener le pied en arrière.

Le siège progresse et de nouveau le mouvement de rotation se poursuit ramenant la cuisse gauche en avant; on aperçoit bientôt le siège du fœtus (fille). Le dégagement est aidé par quelques tractions inguinales droites avec l'index en crochet. L'abdomen progresse en vrille; l'anse au cordon se fait spontanément. On ramène le dos verticalement par en bas jusqu'à ce qu'on aperçoive l'épaule droite (antérieure); le bras droit est aisément dégagé, il en est de même du bras gauche mais, pour faciliter le dégagement de ce dernier, on le transforme en bras antérieur en amenant le dos à gauche.

Il ne reste plus qu'à extraire la tête qui n'est plus retenue par le D.S. sans qu'aucune abduction supplémentaire des cuisses de la femme soit nécessaire pour cela.

La manœuvre de Mauriceau est facile, aidée par une expression modérée, mais la rotation n'est faite intentionnellement qu'une fois la tête bien arrivée sur le périnée. Le dégagement est facile grâce à l'épisiotomie faite préventivement. Aussitôt après, l'enfant qui a des bons battements dans le C.O. est coupé. Après désobstruction il respire et crie. Poids : 3.750 gr.

Profitant de l'anesthésie on fait : une délivrance ar-

tificielle et une revision utérine et vaginale. Du côté du col — déchirure du col atteignant presque le cul de sac. Estimé peu importante (?) on néglige leur restauration. On termine par la réfection de l'épisiotomie.

Au total, la femme n'a pas perdu une quantité de sang exagérée et la plaie opératoire en particulier a été presque complètement hémostasié par la compression préalable faite au moment de l'intervention.

Suites subfébriles. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION XLIII

Mme M.-M. S..., 30 ans secondipare. Première grossesse en 1925. Accouchement à terme, forceps. Enfant : 4.000 gr.

La femme est entrée à la salle Baudelocque le 16 mars 1932.

Premier examen H.U. 35. Tête bien fixée au D.S. Utérus en antéversion, col mou effacé, enfant vivant, bassin normal. Le 8 avril 1932, début du travail mais les douleurs s'espacent et disparaissent. Le 11 à 20 heures, nouvelles contractions utérines douloureuses. Le 12 à 6 h. 15, nouvel examen. Dilatation complète. Tête volumineuse, dure, non engagée, avec bosse séro-sanguine importante. B. de C. bons. On pratique une symphysiotomie de Zarate sans incident et on a un écart d'environ deux travers de doigt qui permet à la tête de s'engager dès la première contraction. Lorsque la tête est arrivée à la partie moyenne de l'excavation, elle est bloquée pendant un quart d'heure environ et *on se rend compte alors de l'obstacle*

continué par une bride semi-circulaire inextensible qui n'est autre que la sangle des releveurs fixes par une myographie, antérieure. Une épisiotomie large et pratiquée tant pour sauvegarder le périnée cicatriciel (déchirure complète au premier accouchement) que pour aller sectionner cette bride. La tête se dégage presque aussitôt. Naissance d'un garçon vivant et pesant 3.120 gr. (B.P. 9 cm. 8).

Réfection de l'épisiotomie avec quatre catguts.

20 minutes après délivrance naturelle, orifices agrandis aux membranes.

La femme saignant, et l'utérus étant un peu mou on fait une injection d'un cm.³ d'ergotine.

Mère et enfant sont sortis en bon état.

OBSERVATION XLIV

Mme Marie G..., 35 ans, secondipare. Première grossesse. Accouchement à terme. Application de forceps. Premier examen. Le promontoire dans l'horizontalité atteint à 10 cm.³. Faux promontoire au-dessous avec redressement de la partie inférieure sacrée. Bassin légèrement aplati (lignes innommées entièrement explorables). Le 10 mars 1932. Ayant des douleurs, la femme est admise à la salle de travail. A 0 h. 15 dilatation 5 fr. membranes intactes. Tête appliquée.

A 8 heures, dilatation grande paume. Tête en voie d'engagement. On pratique une symphysiotomie de Zarate qui aboutit presque aussitôt à un accouchement

spontané. Enfant pesant 3.530 gr. Délivrance naturelle. Pl. 510 gr. Il a été pratiqué 5 touchers dont 4 après la rupture des membranes. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLV

Mme Marie B..., 26 ans. Secondipare. A consulté pendant sa gestation à la Maternité. Evolution normale. Admise le 19 juillet 1932, salle Lachapelle.

A 17 h. 20 : dilatation complète. Poche des eaux intacte et saillante. Tête au D.S. non engagée. Rupture artificielle de membranes. Le liquide est légèrement teinté de méconium. On fait pousser la femme pendant 2 heures et on ausculte régulièrement les B. de C. Contractions énergiques. Temp. à 38°5. A 19 h. 20 : Femme en début d'infection ovulaire. Très gros œuf chez une femme obèse. Utérus souple. La tête ne déborde pas. Pas de contraction. Après 2 heures de travail la tête reste élevée.

Le liquide est légèrement teinté. Le bassin paraît normal.

En raison de : 1° *dystocie par gros enfant avec bassin normal et de proportions peu marquées*; 2° *début d'infection ovulaire chez une femme obèse*; 3° *signes de souffrance fœtale*, on décide de faire une symphysiotomie à la Zarate.

A 21 heures intervention sous anesthésie générale. Ponction au bistouri après reprérage pris sur la face antérieure de la symphyse. Section de la symphyse par *incision en zig-zag*. L'écart obtenu dépasse la largeur du doigt.

L'arcuatum est respecté. On n'écarte pas les cuisses de la femme.

Injection d'une ampoule d'hypophyse. La tête descend instantanément sur le plancher périnéal. Épisiotomie bilatérale préventive — la tête étant déjà sur le plancher.

Les contractions utérines s'arrêtant et les B. de C. fœtaux commençant à se modifier, on fait une extraction au forceps Tarnier sans difficultés d'un garçon *pesant* 4.485 gr. et criant après 10 minutes de soins. Délivrance naturelle. Pl. 750 gr. Réfection du périnée. Le sondage de la vessie ramène de l'urine claire. On laisse la sonde à demeure.

Suites fébriles; glace sur le ventre. Vaccin 123.

Sortie en bon état.

OBSERVATION XLVI

Mme Marie U..., 34 ans, primipare. Vient de chez elle à 12 heures, le 11 février 1933.

A 12 h. 35, examen de M. Le Lorier : *Dystocie par excès de volume généralisé du fœtus*. B. de C. rapides et soufflants. En dépit de 5 tentatives de forceps pratiquées en ville, il y a lieu de recourir à la symphysiotomie de Zarate car une nouvelle prise de forceps est inopérante.

On sectionne la symphyse en respectant le ligament arqué. L'urètre est soigneusement latéralisé après avoir été repéré par une sonde en gomme. Après la symphysiotomie, on pratique une épisiotomie latérale gauche. Injectin d'un quart de cm.³ d'hypophyse. Les contractions

utérines snt régulières. On fait une applicatin de forceps par prise directe et on extrait une fille *pesant* 4.000 gr.

Suites opératoires fébriles. Accidents pulmonaires et cardiaques.

Manie; frissons; premier lever le 36° jour. Départ le 40° en bon état.

OBSERVATION XLVII

Mme B. B..., 26 ans, primipare. A consulté au cours de la grossesse dont l'évolution était normale.

Le 9 décembre 1933 à 2 h. 30, premières douleurs. Tête en bas, mobile au D.S. Dos à gauche. B. de C. bons. Col légèrement perméable, membranes intactes.

Le 10 décembre 1933. H.U. 36 cm. La tête est appliquée et dépasse largement le plan du D.S. B. de C. bons. Application d'un bandage en T.

A 16 heures : H.U. 36 cm. Tête mobile. B. de C. bons. Dilatation 5 fr.

Face en MIGA. (Admission salle Potocki.)

A 16 h. 35 : présentatin verticale en déflexion. La tête déborde la S. Pubienne. B. de C. bons. Dilatation entre petite et grande paume. Poche des eaux intactes, se rompt au toucher et laisse écouler un liquide teinté

Tête en position intermédiaire entre l'occiput et le front. Les narines snt au milieu de l'excavation. On arrive à percevoir la bouche et plus difficilement le menton, au devant du promontoire. La tête n'étant pas engagée on attend 2 heures et on suit les contractions. On conseille de faire de la spasmalgine si les contractions deviennent

subintrantes. (On a laissé les 2 heures pour laisser à l'enfant la chance de faire une déflexion complète avec rotation de la tête en M.P.)

Le promontoire n'est pas atteint.

A 16 h. 50 une ampoule de spasmalgine; une autre est faite à 18 h. 20. A 19 h. 50 examen de M. Mayer. La tête a subi deux mouvements : 1° *flexion* : actuellement les seules parties accessibles sont le front et la fontanelle antérieure. On ne sent plus ni la bouche ni l'ensemble nasale; 2° il y a une progression de la présentation dans l'excavation.

On élimine la césarienne en raison de l'engagement relatif de la présentation; l'enfant ne paraît pas volumineux.

A 20 h. 10 on transporte la femme sur la table d'opération.

Sous anesthésie générale, on tente d'abord de réaliser la manœuvre de Baudelocque conseillée par M. Le Lorier. La main gauche est introduite derrière l'occiput qui se trouve en avant et à gauche. (Il s'agit d'une M.I.G.P.) On empaume facilement l'occiput mais il est impossible de faire pivoter la tête en raison non seulement de l'hyperextension totale du fœtus mais surtout d'un anneau de rétraction qui est sur le dos de la main, très tendre malgré que 2 heures se soient écoulées depuis la rupture des membranes. Sur les conseils de M. Le Lorier on pratique une pélvotomie suivie d'application de forceps.

On tente d'abord une *symphysiotomie à la Zarate* qui échoue après avoir sectionné la hauteur de la S. p. jusqu'au ligament arqué exclus. On bute à ce niveau sur une

zone osseuse dans laquelle on ne trouve aucun interstice malgré des recherches poursuivies pendant plusieurs minutes et à plusieurs reprises. On a d'abord l'intention de sectionner le pont osseux à la scie Gigli, mais en introduisant le conducteur de cet appareil, on se rend compte qu'on est dangereusement près de la zone vésicale. Pour plus de sûreté on pratique, comme deuxième opération, la Pubiotomie à la scie de Gigli sur la branche ischio-pubienne gauche. Après 5 minutes de compression, l'hémorragie cesse. L'écart obtenu est de 2 cm. et demi. On fait une double épisiotomie préventive.

Extraction du fœtus, la tête étant en M.S. On réalise une rotation à la main en appuyant d'une part, par la main abdominale sur l'occiput vers la droite; d'autre part, par la main vaginale sur la voûte du palais vers la gauche et en avant. Ensuite, on réalise une prise de forceps en fronta-transverse. La rotation en M.T. ainsi que l'hyperextension artificielle, transforma la présentation du front en présentation de la face. La prise donne lieu à des difficultés en raison de la situation élevée de la tête mais les tractions ne sont pas difficiles. L'extraction donc est faite en M.P. et on extrait un garçon pesant 3,150 gr. qu'on ranime après 30 minutes de soins.

Délivrance naturelle après 30 minutes. Pl. 840 gr.
Cordon 60 cm.

Membranes déchirées, incomplètes et dissociées.

Revision : vagin non déchiré; col intact. On refait soigneusement les épisiotomies et les incisions publiennes. Sonde vésicale à demeure ramenant d'abord quelques

gouttes de sang, puis des urines claires. Depuis l'intervention, les urines sont toujours claires.

L'état général de la femme devient rapidement bon, mais l'enfant meurt après de nombreuses crises de cyanose.

OBSERVATION XLVIII

Mlle Louise S..., 22 ans, primipare, est arrivée en douleurs le 13 avril 1934.

A un premier examen : tête mobile débordant la symphyse; sacrum redressé; membranes intactes.

Le 15 avril 1934, à 21 heures : contractions utérines; admission dans la salle de travail. A 22 h. 15 : H. U. : 37 cm. (vol. dû à un excès de liquide). Promontoire non atteint. La tête prend bien contact avec le D. S. Le travail s'arrête.

Le 19 avril 1934, à 19 heures : le travail est lent, les contractions peu intenses. B.d.C. normaux. On l'admet Salle Potocki.

Le 20 avril 1934, à 19 heures : B.d.C. réguliers, mais soufflants; à 21 heures : rupture de la poche des eaux, liquide normal, B.d.C. 136; à 21 h. 40 : B.d.C. soufflants, col incomplètement effacé.

Le 21 avril 1934, à 6 h. 5 : B.d.C. soufflants, contractions utérines douloureuses, régulières; à 6 h. 15 : une ampoule de spasalgine, contractions utérines de 2 à 3 minutes d'intervalle et durant une minute. Bientôt les contractions recommencent à s'espacer (à 7 et 10 minutes); à 10 h. 15 : M. Le Lorier conseille la pubiotomie

pour : *dystocie par bassin légèrement aplati, tête volumineuse et fortement ossifiée, mal fléchie.*

Le sommeil est obtenu par chloroformisation. On commence par une double incision du col aux méridiens de 2 h. et 8 h. On pratique ensuite la pubiotomie et M. Le Lorier fait une application de forceps en mettant une cuillère sur l'occiput et une sur le front. Puis, à l'aide de tractions prudentes, il amène la tête dans l'excavation jusqu'à faire bomber légèrement le périnée. A ce moment, les cuisses de la malade sont rapprochées; l'écart pubien obtenu n'a pas dépassé 3 cm. Une épisotomie est pratiquée pour annihiler la résistance du périnée.

Le forceps est enlevé et une nouvelle prise est faite, régulière cette fois, sur la tête en O.I.G.T. La rotation amenée très lentement et sans forcer. A 11 h. 45, on extrait un enfant pesant 4.040 gr.

La vérification des lésions montre que les incisions n'ont pas dépassé les culs-de-sac. Il y a très peu de lésions sur la muqueuse vaginale. La commissure postérieure de la vulve est intacte. Une sonde de Petzer est placée dans la vessie.

Délivrance naturelle.

L'état général de la femme est bon.

Sortie sans présenter des troubles.

OBSERVATION XLIX

Mme E. W..., 20 ans, primipare, a consulté régulièrement à la maternité. L'évolution de la grossesse est

normale. Présentait des douleurs lombaires et abdominales pendant toute la gestation.

Le 29 mai 1934, à 8 h. 30, elle est admise Salle Lachapelle. A 11 h. 30, on constate : tête mal fléchie au-dessus du D. S. est considérablement reportée dans la fosse I. D. Dos à gauche. B.d.C. bons. L'utérus est moyennement tendu. Il y a un excès de liquide. Dilatation 5 gr. Poche des eaux saillante. Le promontoire est atteint à 11 cm. Le bassin est légèrement aplati.

De 11 h. 30 à 15 h. 30, les B.d.C. restent bons et les contractions deviennent de plus en plus fortes.

A 15 h. 30, la dilatation est complète et la poche des eaux bombe fortement. Rupture artificielle tempes-tive de la poche des eaux. La tête descend très lentement et le col se rétracte à petite paume. On sent une présentation élevée qui permet d'atteindre à l'extrémité gauche du diamètre transverse le front, les yeux et le nez.

A 19 heures, présentation de la face en M.I.G.M. Dilatation complète. On fait pousser la femme.

A 21 heures, l'examen confirme la présentation de la face en M.I.G.M. à la partie moyenne de l'excavation. Les B.d.C. sont bons La dilatation est complète, mais il n'y a pas de contractions utérines douloureuses.

A 22 h. 45, la température est de 38°5, le pouls à 88, les B.d.C. sont bons.

A 0 h. 45, la tête est engagée en présentation déflé-chie, orientée en M.I.G.T. La face est le siège d'une bosse séro-sanguine importante et on arrive à accrocher le menton, de sorte que le diagnostic de face n'est pas douteux. En appuyant sur le fond utérin, on fait progres-

ser la présentation dans l'excavation jusqu'à deux travers de doigt du plancher périnéal. On tente de réaliser d'abord une flexion qui s'avère impossible. Ensuite une rotation de la tête en M.P. A chaque tentative, on y arrive, mais le menton revient dans son orientation transversale. Une première application de forceps en M.I.G.A. est infructueuse et on se décide à une intervention. *La césarienne est éliminée en raison de multiples manœuvres (toucher) faites depuis la rupture des membranes.*

On oriente la tête en M. P. et après on pratique une symphysiotomie à la Zarate. On sectionne la symphyse pubienne en respectant le ligament sous-pubien qui garde après la symphysiotomie *une épaisseur de 1 cm.* On fait écarter les membres inférieurs et on injecte cinq unités d'hypophyse.

La tête descend presque aussitôt sur le plancher et pour terminer on fait une application de forceps. Dès le menton, sous la symphyse, on aide l'extraction par l'expression (manœuvre de Tarnier).

Extraction d'un garçon de 4.060 grammes. Enfant né en état de mort apparente, forme bleue, criant après trente minutes de soins habituels. Il présente une bosse séro-sanguine faciale et une déformation classique du front, témoignant qu'il s'agissait d'abord d'une présentation du front, la déflexion complète ayant été secondaire.

Réfection des deux épisiotomies. Les deux pubis ont été écartés de 4 cm. environ. Le sondage de la vessie donne issue à des urines claires. On place une sonde

en gomme à demeure. Dix minutes après, délivrance naturelle. Pl : 830 gr. Cordon : 60 cm. Membranes déchirées incomplètes.

Caractéristiques : deux orifices aux membranes et infiltrations calcaires.

Suites de couches fébriles. Sortie en bon état.

OBSERVATION L

Mme M. B..., 27 ans, multipare de trois.

Première grossesse (1930) : accouchement normal. Enfant vivant, mort à neuf mois de méningite. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse (1931) : accouchement normal à terme.

Troisième grossesse (1932) : avortement à un mois et demi.

Quatrième grossesse actuelle. A consulté à la clinique le 10 décembre 1934. Elle se présente à la maternité en disant avoir perdu les eaux. H. U. : 33 cm. L'utérus est antéversé. Tête en bas, mobile, s'appliquant bien au D. S. Dos à gauche, enfant vivant. Les membranes se sont rompues à 3 heures.

A 11 heures, ayant des contractions utérines rapprochées, elle est admise salle Lachapelle. Les contractions utérines sont douloureuses et se reproduisent à intervalles de trois à quatre minutes et durant 45 à 50 secondes. Les B.d.C. sont bons.

A 14 h. 10, la tête est mobile et déborde la symphyse pendant les contractions. Col dilatation : 2 gr. Lignes

inominées suivies sur toute leur étendue. P. sp. : 12. B.d.C. bons.

A 18 heures, dilatation petite paume et la tête est fixée. Les contractions utérines sont douloureuses, se reproduisent toutes les trois minutes et durent 30 à 45 secondes. Temp. : 37°. Pouls : 80.

A 18 h. 30, examen de M. Lepage. H. U. : 30 cm. Antéversion utérine un peu moins marquée. Sauf pendant les contractions, l'utérus se redresse; tête tangeante fixée au D. S. Dos à droite. B.d.C. bons. La tête paraît assez dure, assez ossifiée. Pas de coup de hache. Dilatation grande paume. Léger œdème de la lèvre antérieure. Bosse séro-sanguine assez volumineuse. La tête fixée appuie bien sur le col, ayant tendance à descendre au moment des contractions, semble être en D. T. Assez bien fléchie.

En soulevant la tête entre les contractions, on arrive à la partie supérieure du sacrum, atteint à 11 cm. B.d.C. bons.

A 23 heures, nouvel examen de M. Lepage. La dilatation est presque complète. La tête est dans la même situation. Temp. : 37°6. Pouls : 72. Les contractions utérines sont douloureuses, durent une minute et se reproduisent à intervalles de cinq minutes.

A 23 h. 10, M. Desnoyers est prévenu et la femme est mise sur la table d'opération. Le compte rendu de l'examen de M. Desnoyers est le suivant :

Au palper : fœtus avec dos à droite; la tête, paraissant volumineuse, dépasse le plan de la symphyse.

Au toucher : la tête est très élevée, très dure et présente une bosse séro-sanguine; sa position paraît être

en D. P. ou en D. T. La dilatation est complète, le col est souple et on arrive au promontoire à bout de doigt.

Sous anesthésie, l'exploration manuelle confirme une tête très ossifiée, volumineuse, buttant sur le promontoire.

On pratique une symphysiotomie sous-cutanée qui donne un écart inter-pubien de deux travers de doigt et permet presque immédiatement l'engagement de la tête. On injecte une ampoule d'hypophyse n° 2.

Le 11 décembre 1934, à 0 h. 30, accouchement spontané d'une fille pesant 3.570 grammes.

Dimensions de la tête: O.M. 14 cm. 6; O.F.: 12 cm. 6; Bi P : 10,4; Bi T : 9; So B : 10; So F : 11,3; So M. B. : 10,6.

Délivrance naturelle. Pl : 560 gr. Cordon : 60 cm.

... *Caractéristiques* : insertion marginale du cordon. La femme saignant, on fait une injection d'une ampoule d'ergotine. Suites de couches normales.

OBSERVATION LI

Mme Hélène F..., 39 ans, cinquipare.

Première grossesse (1914) : accouchement normal d'un garçon de 5.000 grammes, élevé au sein; hémorragie de la délivrance; abcès du sein huit mois après.

Deuxième grossesse (1916) : accouchement normal, à terme, garçon 5.000 grammes; suites de couches bonnes.

Troisième accouchement (1922) : accouchement normal, garçon 5.000 grammes; suites normales.

Quatrième grossesse (1924) : accouchement normal, fille 5.000 grammes, décédée à six mois.

Cinquième grossesse actuelle. Est entrée à la maternité le 23 décembre 1934, à 10 heures, envoyée par un médecin. A un premier examen, on constate : présentation en O.I.G.A. non engagée, débordant la symphyse. Les B.d.C. sont bons. Il y a une obliquité utérine droite. Dilatation petite paume. Les membranes se sont rompues à 2 heures. A 10 h. 15, admise Salle Potocki. Analyse des urines. Albuminurie.

A 10 h. 30, O.I.G.A. fixée; dilatation petite paume; pose d'une ceinture.

De 10 h. 45 à 14 h. 45 : temp. $36^{\circ}9$ à $37^{\circ}6$; pouls 104. Contractions utrines d'une durée de 40 à 50 secondes et à intervalles de trois à cinq minutes. Les B.d.C. sont bons.

A 14 h. 45 : dilatation entre petite et grande paume.

A 21 h. 15 : tête à la partie haute de l'excavation; dilatation grande paume.

Le lendemain, à 9 h. 15, la tête est toujours à la partie haute de l'excavation, bien fléchie en O.I.G.A. La dilatation grande paume. Les contractions utérines sont à intervalles de sept minutes.

A 10 h. 5, contractions utérines espacées et peu énergiques. Utérus souple. H. U. : 38 cm. sur la ligne médiane, est en réalité de 41 cm. du pubis au fond, basculée vers la droite. La tête est fixée moyennement au D. S. Elle est fléchie. La bosse frontale fait une saillie assez considérable; les B.d.C. sont bons. Etat général: dyspnée, râle de bronchite aux bases.

A 11 heures, examen de M. Le Lorier. Toucher : périnée musclé, souple. Les parois vaginales sont amples, sans tissus cicatriciels. La dilatation est d'une grande

paume. Les bords de l'orifice du col minces. Il n'y a pas de poche des eaux. Présentation du sommet orienté en G. T. Les sutures sont voilées par une importante bosse séro-sanguine. Le liquide amniotique qui s'écoule est légèrement jaunâtre. La présentation n'est pas engagée.

A 11 h. 30, l'utérus est fortement incliné à droite.

H. U. suivant le grand axe : 40 cm.

Sommet en G. T. non engagé. B.d.C. bons. L'état général est satisfaisant.

Diagnostic : dystosie par excès du volume du fœtus.

Indications thérapeutiques : symphysiotomie sous-cutanée.

On intervient à 12 heures. L'écart obtenu est de deux travers de doigt. La tête fœtale appuie immédiatement sur le col qui est dilaté à grande paume. Les douleurs sont peu fréquentes et inégales.

A 12 h. 45, la tête paraît à la vulve et on engage la femme à pousser.

A 13 h. 25, accouchement normal. Sommet en O.I.G.T. Dégagement en transverse. Fille criant cinq minutes après. Son poids est de 4.960 grammes.

Quarante minutes après, hémorragie de la délivrance : 1.100 gr.

On procède à la délivrance artificielle. Pl : 760 gr.

Les membranes sont déchirées et incomplètes. La révision utérine amène quelques débris. On a administré à la femme une ampoule de caféine, une ampoule de spartéine et 500 gr. de sérum glucosé.

Quelques jours après, une phlébite se déclare. La

femme et l'enfant sortent en bonne santé le 21 février 1935.

OBSERVATION LII

Mme J. C., 29 ans, secondipare.

Le premier accouchement a nécessité une application de forceps. Entre dans le service le 29 mars 1932 après avoir eu en ville cinq applications inutiles de forceps.

A 14 h. 50, la dilatation est complète. La tête est complète. La tête est au-dessus du D. S. non engagée. Les B.d.C. sont bons. Le col est souple. Promontoire non accessible. Temp. 38°3.

Derrière la tête, on sent une masse mollassse qui n'est pas résistante et ne donne pas l'impression d'une poche kystique.

A 16 h. 35, le 30 mars 1932, aucun progrès n'étant constaté, on pratique une symphyséotomie sous-cutanée suivant la technique de Zarate.

L'accouchement est spontané. Sommet en O.I.G.A. Dégagement en O.P. L'enfant pèse 4.170 grammes, né en état de mort apparente, forme blanche, présentant de nombreuses ecchymoses. L'enfant est ranimé après vingt-cinq minutes de soins.

Trente minutes après l'accouchement, délivrance naturelle. (Il a été pratiqué cinq touchers.)

La mère et l'enfant sortent en bonne santé. La mère n'a présenté aucun trouble.

INDICATIONS DES PELVITOMIES

Sur nos 52 observations, nous relevons les indications suivantes (il reste entendu que le col doit être dilaté ou facilement dilatable et que la poche des eaux est rompue) :

Bassin normal.

1) Enfant à tête mal fléchie ou défléchie (Obs. n^{os} 37, 42);

2) Enfant non proportionné avec les diamètres de ce bassin :

a) Tête plus grande que la moyenne (Obs. n^{os} 41, 43);

b) Disproportion fœto-pelvienne généralisée (Obs. n^o 2, 6, 9, 24, 31; 36; 37; 45; 46; 48; 49; 51 52).

3) Lorsque, en raison des différentes manœuvres (touchers répétés) on craint une infection (23) ou il y a déjà eu un début d'infection ovulaire (39);

4) Lorsqu'il y a déjà eu un ou plusieurs essais de forceps (38, 40, 58);

5) Si la dystorie ne paraît qu'au cours du travail (40);

6) Dystocie des épaules (Le Lorier) apparue au cours de l'accouchement (27);

7) Présentation de la face (Le Lorier, Couvelaire) en M.P. et du front (47, 49);

8) Début d'inertie utérine (45);

9) Lorsqu'il y a eu épreuve du travail (41).

Bassin anormal.

C'est dans les bassins anormaux surtout que les pelvitomies trouvent leurs indications :

a) Rétrécissements peu prononcés. (Dans la grande majorité des cas on a eu un promonto-pubien entre 10,2 et 10,8 et plusieurs faux promontoires sacrés entre 10,8 et 11,2) (Obs. n^{os} 1, 2, 3; 4; 5; 7; 8; 10; 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26, 27, 29, 31, 32, 33, 38, 40; 48; 50).

Bassin oblique ovalaire de Naegelé (29).

Bassin aplati et généralement rétréci (24, 25, 31).

Bassin généralement rétréci et canaliculé (22, 44).

Bassin généralement rétréci et surtout transversalement (23, 35).

CONTRE-INDICATION DES PELVITOMIE

Les contre-indications des pelvitomies sont :

La contracture utérine.

Vagin insuffisamment élastique.

Vagin insuffisamment étoffé.

Bassin fortement vicié avec un diamètre P. sp. de moins de 8 cm.

Gros œdème dur du col.

L'infection ovulaire n'est pas une contre-indication formelle (dans l'obs. 39 il y a eu un début d'infection).

La dilatation incomplète (1).

Dans un chapitre précédent, nous avons vu quelles étaient les indications des pelvitomies. Voyons à présent quels en sont les résultats.

Dans le tableau qui suit, nous les indiquons schématiquement; les détails seront trouvés dans l'analyse qui le suivra.

(1) S'il n'y a qu'une faible disproportion entre la tête et le bassin, M. Le Lorier affirme pourtant « qu'une femme étant en travail, si la poche des eaux se rompt, il faut faire une pelviotomie si deux heures après la rupture des membranes, la présentation ne vient pas s'appuyer sur l'orifice utérin et le dilater malgré de bonnes contractions utérines » (Indication des pelvitomies).

	TOT. % sur 52	SYMPHYSIOTOMIES	%	PUBIOTOMIES	%
Accouchements spontanés	42,3	28, 35, 40, 41, 44, 49, 50, 51, 52.	50,	1, 2, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 21, 22, 29, 34.	38,2
Applications de forceps	53,8	27, 30, 36, 37, 38, 39, 45, 46, 49.	50,	3, 4, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 31, 33, 47, 48.	55,9
Version par manœuvre internes	3,8			32, 42.	5,8
Mortalité maternelle ..	0	0.		0.	
Mortalité infantile ...	9,6	36.	5,5	15, 19, 32, 47.	11,7
<i>Complications immédiates</i>					
1) Maternelles :					
Hémorragies	21,	40, 43, 51.	16,6	4, 6, 18, 23, 26, 29, 42, 47.	23,5
Hématomes	5,7			5, 8, 18.	8,7
Incisions du col	9,6	27, 30.	11,1	4, 23, 48.	1,5
Déchirures du col	9,6			6, 8, 15, 26, 42.	5,1
Plaies opératoires communiquant avec des plaies vaginales ou non	5,7			4, 20, 23.	8,7
Lésions de l'appareil urinaire	1,9			24.	2,8
Suppuration de la région opérée	1,9			15.	2,8
Déchirures du périnée	5,7			4, 15, 27.	8,7
Suites de couches plus ou moins fébriles ..	42,3	28, 36, 39, 41, 45, 46, 49, 51.	44,	1, 3, 4, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 31, 42.	41,1
Embolies	1,9			15.	2,8
Phlébites	3,8	27, 51.	11,1		
Pyéla-néphrites	3,8	39.	5,5	3.	2,8
<i>Complications infantiles</i>					
Paralysie faciale	3,8	38.	5,5	19.	2,8
Chevauchement des pariétaux	1,9	39.	5,5		
Déformations du front	1,9	49.	5,5		
Ecchymoses de la face	1,9	52.	5,5		
Bosse sera-sanguine faciale	1,9	49.	5,5		
<i>Complications maternelles éloignées</i>					
De la marche		0.	0,	Les premières 18.	
Incontinence d'urine .	13,6	0.		2, 14, 16, 19, 20, 21, 24.	20,4
Fistule vésico-cutanée.	1,9	0.		24, (accidentelle)	2,8
<i>Accouchements ultérieurs</i>					
	13,4	27.	5,5	5, 7, 20, 21, 24, 25.	17,6

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS

Mortalité maternelle : 0.

Les suites pathologiques maternelles sont assez souvent remarquées, mais elles sont pour la plupart bénignes. Mais, avant de les analyser, voyons comment se passe l'accouchement.

De 52 pelvitomies faisant l'objet de notre étude, 22 ont abouti à un accouchement spontané (cet accouchement se produit soit immédiatement après l'intervention, soit très peu de temps après. M. Le Lorier fait toujours suivre l'opération d'une ou de deux injections d'hypophyse pour accélérer l'accouchement). Ces 22 accouchements se divisent comme suit : 9 pour les symphysiotomies (50 %) et 13 pour les pubiotomies (38 %). Le pourcentage total des accouchements spontanés est de 42,3 %.

28 fois on a eu recours à une application de forceps — soit pour un début d'inertie utérine, soit à cause de fatigue maternelle, soit pour finir le plus vite possible l'accouchement à cause de la souffrance fœtale qui devenait menaçante; le pourcentage est donc de 53,8 %.

Deux fois on a eu recours à une extraction par version (par manœuvres internes (Obs. 32 et 42) à cause de la tête qui restait au D.S. pour la première; à cause d'une procidence du membre supérieur droit pour la seconde.

En général, les enfants naissent en état de mort apparente, mais sont très vite ranimés.

Complications maternelles immédiates

Aucune des complications constatées ne s'est montrée d'une gravité exceptionnelle ; les troubles constatés ont évolué normalement et ensuite ont abouti à la guérison complète.

Les hémorragies ont été pour la plupart bénignes et ont cessé après une hémostase ne dépassant pas 5 minutes.

Dans les observations 26 et 29 l'hémorragie (veineuse) s'est produite par les deux orifices de la plaie opératoire. Dans les observations 4, 6 et 42 l'hémorragie venait d'une déchirure du col. Les hémorragies 43 et 47 étaient minimes.

On constate des hémorragies graves dans les observations 18 (1 litre et demi), 40 (1.300 gr.), 51 (de la délivrance — 1.100 gr.) et 23 où on a été obligé d'avoir recours à un tamponnement de la plaie opératoire (par une mèche de gaze iodoformée qu'on laisse en place). Au total, hémorragies graves : 3,8 %.

Les hématomes observés (« L'ouverture étant petite, le sang fuse dans les espaces sous-cutanés, généralement du côté de la grande lèvre du même côté que le côté opératoire, parfois vers les deux, et parfois même sous la peau de l'abdomen. » Le Lorier, Rossier) ont eu comme siège : la grande lèvre dans les observations 5 et 8, et la région sus-pubienne dans l'observation 18.

L'hématome de l'observation 5 devient suppu-

rant et on l'incise le 8^e jour; celui de l'obs. 8 est incisé le 3^e jour; au total : 5,7 %.

Les déchirures du col sont constatées 5 fois, soit 9,6 %. Dans 4 cas elles vont jusqu'au cul-de-sac (6, 8, 15, 26). 1 fois elle s'arrête avant le cul-de-sac (42). Toutes les déchirures ont été immédiatement suturées.

Les lésions vaginales et périnéales sont dues au forceps. Dans les observations 20 et 23, les déchirures du vagin communiquent avec le foyer osseux. Les déchirures du périnée sont incomplètes (4, 15 et 17) et suturées immédiatement avec des crins.

On a constaté un seul cas de lésion de l'appareil urinaire (1 fistule vésico-cutanée) et cela n'est pas dû à un défaut de technique opératoire, mais à une inexcusable faute commise dans le service (manque de sondages [24]). Nous trouvons une suppuration de la plaie opératoire (15). Peu à peu les lésions ont rétro-cédé et la femme a pu sortir en bonne santé.

Il a été pratiqué à titre préventif 5 *incisions du col*. Dans l'observation 4 il a été pratiqué 3 incisions (la dilatation étant incomplète et le fœtus souffrant), pour extraire rapidement l'enfant à l'aide du forceps. Pour la même raison il a été pratiqué une incision dans les observations 23 et 27. Dans l'observation 48, il a été pratiqué 2 incisions, de même dans l'observation 30 (après l'opération).

On a également eu recours à des *épisiotomies préventives* (pour éviter des déchirures vulvo-périnéales) (Obs. 25, 29, 31, 38, 41; 42; 43; 45; 47; 48; 49).

Les suites de couches ont été pour la plupart bé-

nignes. Onze malades opérées n'ont rien présenté de particulier. 41 ont eu des suites fébriles, mais il n'y a que 5 femmes qui ont présenté des complications plus marquées (3, 15, 27, 39, 51). Le pourcentage est donc de 9,6 %. Les complications observées sont :

Pyélonéphrite : 2 cas (3 et 39). La première s'est déclarée le 13^e jour, la seconde le 12^e jour (au total : 3,8 %).

Suppuration de la région opérée : 1 cas (Obs. 15), accidentel, 1,9 %.

Phlébites : 2 cas (27 et 51), soit 3,8 %.

Embolie : 1 cas (Obs. 15), donc 1,9 %. Cette embolie a été constatée chez la malade n° 15. L'embolie était partie probablement du foyer de suppuration de la région opérée.

Complications éloignées

L'incontinence des urines a été notée dans les observations 2 et 14, 19, 20, 21, 24. L'incontinence constatée au n° 2 n'est pas due à l'opération mais à l'accouchement antérieur qui fut fortement dystocique. Dans les observations 14 et 21, l'incontinence d'urine ne s'est manifestée que dans la toux. Dans l'observation 20, l'incontinence n'apparaît qu'à l'occasion d'une deuxième grossesse. Seules les incontinenes constatées dans les observations 19 et 24 ont nécessité une intervention (le plissement du sphincter). La première exécutée par M. Le Lorier, la seconde par M. Papin; très bons résultats. Le pourcentage de ces complications est de 9,6 %.

Résultats obtenus à la suite d'une grossesse ultérieure

Nous avons pu suivre 34 femmes; 7 d'entre elles ont eu un accouchement ultérieur. Celles-ci ont toutes accouché spontanément à terme (5, 7, 17, 20, 21, 24, 25, 27). Pourcentage : 13,4 %.

Complications immédiates et résultats chez les enfants

Nous avons décrit déjà comment et quand se produit l'accouchement. Voyons à présent la morbidité et la mortalité infantiles.

Dans les observations 19, 30, 38, 39, 49 et 52, nous constatons des lésions portant sur la tête, soit 9,6 %. L'enfant faisant le sujet de l'observation 19 présentait une paralysie faciale, ainsi que celui de l'observation 38. Dans l'obs. 30, il s'agit d'un enfoncement du pariétal gauche qui fut immédiatement redressé. Le n° 39 présentait un chevauchement des pariétaux sur l'occipital. Au n° 49 on constate une déformation du front, ce qui témoigne qu'il s'agissait d'une présentation primitive du front et que ce n'était que secondairement qu'elle a complété la déflexion pour devenir une face.

Les ecchymoses de la face qu'on a constatées dans l'observation 52 sont dues aux applications de forceps qu'on a tentées en ville.

Les autres complications constatées sont : *Une paralysie radiculaire du membre supérieur gauche* (Obs. 27).

Mortalité infantile : On a enregistré 7 décès, mais

deux de ces décès ne peuvent être imputés à l'opération : ce sont les n^{os} 7 et 27. En effet, le premier est décédé d'une gastro-entérite due certainement l'allaitement artificiel auquel il a été soumis; le second est décédé 45 jours après sa naissance d'une pyodermite survenue à la suite de la paralysie radiculaire du membre supérieur gauche, compliquée d'une broncho-pneumonie.

Les cinq autres enfants sont tous morts à peu d'intervalle après l'accouchement, des complications broncho-pulmonaires.

Le n^o 15, 2 jours après sa naissance. (Il a été difficilement ranimé et il y a eu application de forceps au D.S.)

Le n^o 19, 13 jours après sa naissance.

Le n^o 32, 48 heures après sa naissance.

Le n^o 36 (observation concernant l'enfant incomplète).

Le n^o 47, à la suite de nombreuses crises de cyanose.

Nous avons donc 5 cas de mort infantile, ce qui fait que le pourcentage est de 9,6 %.

COMMENTAIRES

Les pelvitomies dont nous avons rapporté les observations ont toutes été pratiquées dans le service de M. Le Lorier. De l'étude analytique et critique de ces opérations, il résulte que les symphysiotomies et

les pubiotomies se rencontrent sur le même terrain. Elles ont toutes été pratiquées au moment du travail (ou après une épreuve du travail), soit pour une dystocie méconnue ou parue au cours de ce travail, soit pour une dystocie dont on ne prévoyait pas la gravité (1).

Toutes deux peuvent donner le même résultat; les mêmes complications. Toutefois, au cas où une symphysiotomie ne peut être continuée pour une raison quelconque, on peut recourir à une pubiotomie qui la remplace souvent avec succès. De même on peut introduire un fil-scie préventivement suivant la méthode de Cathala, quitte à ne pas avoir à s'en servir si tout se passe normalement.

Toutes deux, sauf complications immédiates, peuvent permettre le lever de la malade vers le même jour — généralement vers le 13^e.

De nos observations, il résulte que, aussi bien pour la symphysiotomie que pour la pubiotomie, on n'a tenu aucun compte de l'âge des malades ou de leur parité.

Le nombre des primipares opérées dépasse celui des multipares. En effet, on trouve, pour 23 multipares, le chiffre de 28 primipares (une ne parlant pas le français n'a pu donner aucun détail).

(1) On pourrait s'étonner de constater dans certaines de nos observations, l'absence de la dimension des diamètres. Cela tient justement au fait que la dystocie n'étant parue qu'au moment du travail, on croyait auparavant à un bassin normal ou ayant simplement un sacrum accessible.

De même, l'âge des malades nous a paru négligeable.

Les résultats de ces pelvitomies prises en bloc sont très satisfaisants pour les mères, mais moins pour les enfants.

Les complications immédiates, pour la plupart bénignes, ont toutes été guéries. Les complications tardives, notamment les troubles de la marche, ont disparu lentement. Les troubles urinaires n'ont demandé que deux interventions ultérieures, interventions avec des résultats très bons.

On n'a eu à déplorer aucun décès maternel, mais, par contre, on a compté 7 décès infantiles (dont deux, comme je l'ai déjà dit plus haut, ne peuvent être imputés aux opérations).

Les femmes qu'on a pu suivre ultérieurement étaient en bonne santé. 7 femmes qui ont eu un nouvel accouchement ont toutes accouché spontanément, ce qui est dû à l'agrandissement du bassin obtenu à la suite d'une pelvotomie — 6 fois sur 7 une pubiotomie.

On ne peut affirmer qu'une symphysiotomie soit supérieure à une pubiotomie ou inversement. Tout ce que nous pouvons dire pour finir nos commentaires, c'est que le choix dépend uniquement de l'opérateur et des circonstances présentes. Le chirurgien fera l'opération qu'il jugera le plus utile tant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant.

CONCLUSIONS

Des faits rapportés dans nos 52 cas, nous concluons que :

- 1) La mortalité maternelle a été nulle.
- 2) La mortalité fœtale a été de 9,6 %.
- 3) La morbidité maternelle a été de 9,6 %.
- 4) Il a eu 2 phlébites, une embolie non mortelle et 2 pyélo-néphrites.
- 5) Il y a eu cinq cas d'incontinence d'urines dont deux seulement ont dû être opérées et ont guéri.
- 6) Aucune femme n'a eu de troubles durables de la marche.
- 7) 7 femmes, soit 13,4 %, ont accouché ultérieurement à terme et spontanément.

Vu : Le Doyen
A. ROUSSY

Vu : Le Président de la Thèse
M. COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AYDEBERT. — Indications actuelles de la pubiotomie.
(*Gaz. Méd. de France*. N° 16. Août 1931.)
- AUDEBERT et ESTIENNY. — Front enclavé et pubiotomie.
(*Toulouse Méd.* N° 11. 1^{er} juin 1929. P. 344.)
- BRINDEAU. — La pubiotomie. (Soc. belge d'obst. et gyn.
Juin 1924.)
- BERTROU. — La pubiotomie dans la thérap. obst. mod.
(*Monpellier Méd.* 15 juin 1932. T. II.)
- CALDÉRINI. — Annali di ostet. e gyn. (Juin 1900.)
- CATHALA. — Les différents procédés d'agrandissement du bassin; leur valeur. (*Lec. à la Clinique Tamiev.* 1926. P. 111.)
- CHARLES. — Contribution à l'étude de la technique de l'hébotomie. Section du pubin sous-cutanée et à ciel ouvert. (Thèse Paris, 1925.)
- COSTA. — Symphysiotomie partielle. (*Rev. franc. de gyn. et obst.* Janvier 1931. P. 45.)
- COUVELAIRE A. — Indications des pelvitomies. (*Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.* 1924. N° 7.)
- COUVELAIRE A. — Discussion du rapport de Rossier et Le Lorier. (IV^e congrès de gyn. et obst. Paris, 1925.)
- COUVELAIRE A., LEMIERRE et LENORMAND. — Pratique médico-chirurgicale. (Tome IV. 1931.)

CARREA Clovis. — A proposita da operacia de Zarate.
(*Rev. de gyn. et obst.* N° 10. Octobre 1928.)

DELAGENIÈRE fils. — Elargissement définitif du bassin
après symphysiotomie. (XLII^e Congrès de l'Assoc.
franç. de chirurgie. Paris, 9-14 octobre 1933.) (*Presse
Médicale* N° 85. 25 octobre 1933.)

DESNOYERS A. — Vingt observations de symphysiotomie.
(*Rev. franç. de gyn. et d'obst.* Octobre 1922. P. 622.)

DESNOYERS A. — Les pelvitomies à la maternité de Port-
Royal. (*Rev. franç. de gyn. et d'obst.* Mai 1925. N° 5.)

DODERLEIN. — In *Centralblatt für Gynäk.* (Octobre 1904.)

DUBRISSAY L. et JEANNIN C. — In obstetique. Chf. pelvi-
tomies.

DUJOL. — In. *Rev. franç. de gyn. et obst.* (Décembre
1932.)

FAESIA. — Sinfisotomia de Zarate. (*Semana Medica.*
N° 11. 16 mars 1933.)

FARABEUF. — Dystocie au D. S. Mécanisme et traitement;
symphysiotomies. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1894.)

FOX. — Incontinencia de urina consecutiva a una sinfi-
siotomia. (*Sem. Med. Buenos-Aires*, 1925. XXXII P.,
t. I.)

FRANK. — Uber des Subkutanaten symph. schnitt. und
die supra-symph. Enbindung (*Monatsch für gebt
und jyn.* Bd 32. N° 6.

GUCHTENEERE (R. de). — A propos de 2 cas de symphy-
séotomie par le procédé de Zarate (*Bruxelles Méd.*,
10^e année, n° 36, 6 juillet 1930, p. 987).

GUÉNIOT PAUL. — Conduite à tenir dans les bassins rétrécis lorsque l'enfant se présente par le siège. (*Bull. Méd.*, 27 oct. 1932, p. 653.)

GONZALÈS. — La symphysiotomie dans la pratique générale (*Semana Médica*, juin 1933).

HASPER. — Pubiotomy (*Méd. J. of Australia*. Sydney, 1921).

HENKEL. — Zeitschrift für Geburtsh, 1906. LXXX.

IRAETA D. — La sinfisiotomia eu las primiparas (*Semana Médica*, 2, 394, 10 août 1933).

KEHRER. — De la symphysiotomie sous-cutanée de Frank. (*Arch. für Gynäk*, 1913, n° 2.)

LAFONT et FULCONIS. — 8 cas de symphysiotomies sous-cutanées (technique de Zarate). (*Sor. d'obst. et gyn* d'Alger, 13-2-32.)

LE LORIER. — Indications des pelvitomies. (*Bull. soc. d'obst. et gyn.*, juin 1924, p. 420.)

LE LORIER. — Des indication des pelvitomies ; choix du procédé. Rapp. au iv^e congrès de gynec. et d'obst. de langue française. (*Gyn. et obst.*, t. XII, 1925, n° 2, p. 184.)

MICHELON P. — Symphysiotomie sous-cutanée partielle selon le procédé de Zarate. (*La Loire Médicale*, n° 11, nov. 1932.)

MICHELON P. — Symphysiotomie sous-cutanée partielle selon le procédé de Zarate. (*Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, n° 12, décembre 1932.)

- MICHELON P. — La symphysiotomie sous-cutanée de Zarate. (*Lyon Méd.*, n° 4, 22 janvier 1933.)
- NIEDERMAYER. — Fehler und gefahren bei der pubotomie. (*Zentralblatt für gynek.* Leipzig 1926, I. 221-226.)
- O'BRIEN. — La pubiotomie. (*Méd. j. of Australia*, février 1934.)
- ORFILA P. — La sinfisiotomia y su importancia en la ostretrica pratica. (*Ann. fac. de Médecine de Montevideo*, 1921, VI. 493.)
- PEYTAVIN Ch. — De la symphysiotomie partielle sous-cutanée. (Thèse Paris, 1931.)
- PIET. — Symphysiotomie d'urgence. (*J. de sc. méd. de Lille*, 30 juin 1929.)
- RAVINA. — Où en est la symphysiotomie. (*La médecine*, n° 5, avril 1932.)
- ROSSIER. — Indications des pelvitomies. (*Revue méd. Suisse Romande*, 1908, p. 147.)
- SEGUY J. — A propos de la symphysiotomie selon la technique de Zarate. (*Bull. méd.*, 27. oct. 1934. p. 660.)
- THÉLIN. — La pubiotomie. (*Gyn. et obst.* 1923. p. 313.)
- TUAL R. — Etude de 34 cas de pelvitomies (Thèse, Paris, 1928.)
- VAN DE VELDE. — *Wiener med. Wochen*, 1907, p. 21.
- ZARATE. — La symphysiotomie partielle. (*Soc. d'obst. et de gyn. de Buenos-Ayres*, 27 oct. 1927 et *Bull. de la Soc. d'obst et gyn. de Paris*, 1928, p. 484.)

ZARATE. — Sinfisiotomia parcial sub-cutanea. (*Rev. de gyn. et obst.* Ary, 1931, 25, 305.)

ZARATE. — Symphysiotomie partielle contre césarienne ségmentaire en cas de bassin limité. (*Bull. de gyn. et obst.*, juillet 1927, p. 436.)

ZARATE Enrique. — La sinfisiotomia partialis, tecnica del profesor Zarate, indicaciones y valor terapeutica en la distocia pelviana à base de 100 observaciones de la clinica obstetrica de Buenos-Ayres. (*Acto Medica Latina*, mars-avril 1932, V° année fasc. 26.)

Imprimerie Spéciale de la Librairie LIPSCHUTZ. — Paris

